

Vorsorgepapiere

- I. Esslinger Initiative**

- II. Handreichung für meine Angehörigen**

**Beratungsstelle
der Esslinger Initiative**

**Ortssenioresenrat Gerstetten/OSR
89547 Gerstetten**

Mit freundlicher Unterstützung der Gemeinde Gerstetten



**vorsorgen –
selbst bestimmen e.V.**

I.

**Beratungsstelle der Esslinger Initiative
Ortsseniorenrat Gerstetten/OSR**

Wilhelmstr. 20

89547 Gerstetten

Tel. 07323 5372

E-Mail: osr@osr-gerstetten.de

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|---------------------|
| Esslinger Initiative I..... | Seite I/1-19 |
| Einführung Esslinger Initiative - Formulierungsvorschläge..... | I./1 |
| Empfehlung – Vorsorge..... | I./2 |
| Patientenverfügung..... | I./3-8 |
| Gesundheitsvollmacht..... | I./9-10 |
| Generalvollmacht..... | I./11-14 |
| Betreuungsverfügung..... | I./15-16 |
| Vorsorgenetz..... | I./17-18 |
| Vorsorgeausweis..... | I./19 |

Bitte beachten:

Rechtliche Hintergründe sowie Handreichung für Bevollmächtigte entnehmen Sie bitte im Internet der Esslinger Initiative

| | |
|--|-----------------------|
| Handreichung für Angehörige - Kurzfassung II..... | Seite II/20-23 |
|--|-----------------------|

Impressum

Ortsseniorenrat Gerstetten/OSR
Beratungsstelle der Esslinger Initiative
Wilhelmstr. 20, 89547 Gerstetten
Horst und Rosmarie Helbich
Tel. 07323 5372
E-Mail: osr@osr-gerstetten.de
Internet: www.osr-gerstetten.de

Stand: Januar 2024

Der Ortsseniorenrat Gerstetten übernimmt keine Haftung

Zu I. Die Vorsorgepapiere der Esslinger Initiative sind durch die qualifizierte Aus- und Fortbildung dem Programm der Esslinger Initiative entnommen und werden an Interessierte weitergegeben.

Zu II. Die vom Ortsseniorenrat Gerstetten überarbeitete Kurzfassung der „Handreichung für Angehörige“ stammen aus den Broschüren, die uns freundlicherweise von Seniorenräten Göppingen, Bad Boll, Geislingen, Eislingen, Süßen und Heidenheim zur Verfügung gestellt wurden.

Einführung in die Formulierungsvorschläge

Die Muster der Formulare:

- **Patientenverfügung**
- **Gesundheitsvollmacht**
- **Generalvollmacht und**
- **Betreuungsverfügung**

enthalten Formulierungsvorschläge, die Sie nach eigenen Wünschen ändern oder ergänzen können.

Hinweise für das Ausfüllen der Verfügungen und Vollmachten.

1. Versuchen Sie in guten Zeiten mit vertrauten Personen über Krisensituationen ins Gespräch zu kommen.
2. Verwahren Sie die Vorsorgepapiere so, dass sie gut gefunden werden.
3. Informieren Sie Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin ausdrücklich über Ihren schriftlich niedergelegten Willen. Bei medizinischen Fragen wird Ihnen weitergeholfen.
4. Tragen Sie den Vorsorgeausweis bei den Ausweispapieren.
5. Prüfen Sie regelmäßig die Aktualität Ihrer Patientenverfügung.
6. Lassen Sie den Kontakt zu Ihrer Vertrauensperson nicht abreißen
7. Wenn Sie Veränderungen vornehmen, sollten diese mit Ihrer Vertrauensperson besprochen werden.
8. Solange Sie selbst entscheidungsfähig sind und Ihren Willen äußern können, gilt Ihre Aussage.
9. Tritt bei Ihnen Entscheidungsunfähigkeit ein, findet Ihr schriftlich geäußerter Wille Beachtung.
10. Niemand darf Ihr Leben auf Ihren Wunsch hin aktiv beenden.
11. Niemand darf Ihr Sterben gegen Ihren Willen aufhalten oder verlängern.
12. Angehörige können zu Ihren Wünschen und Ihrem mutmaßlichen Willen befragt werden.

Sollten darüber hinaus weitere Fragen vorhanden sein, wenden Sie sich an die Beratungsstelle der Esslinger Initiative – Ortsseniorenrat Gerstetten/OSR.

Die Empfehlungen der Esslinger Initiative hilft Ihnen bei der Vorsorge.

Mediziner, Juristen, Pflegefachkräfte, Engagierte aus der Hospizarbeit, dem Krankenhaussozialdienst, der Krankenhauseelsorge, dem Stadt- und Kreissenorenrat und aus den Betreuungsvereinen widmen sich seit 1996 diesem Anliegen.

Auch wenn nicht jede Situation im Voraus abgesichert und festgelegt werden kann, können Sie doch in hohem Maße SELBSTBESTIMMT VORSORGEN.

**Lassen Sie sich beraten durch die Beratungsstelle der Esslinger Initiative -
Ortssenorenrat Gerstetten Kreis Heidenheim
Horst und Rosmarie Helbich
Wilhelmstr. 20, 89547 Gerstetten
Tel. 07323 5372
E-Mail: osr@osr-gerstetten.de
www.osr-gerstetten.de**

Die informativen Gespräche mit den Mitgliedern der Esslinger Initiative für Ihre Vorsorge sind kostenfrei. Über eine Spende freut sich der Ortssenorenrat Gerstetten.

**Spendenkonto Ortssenorenrat Gerstetten
Heidenheimer Volksbank
IBAN: DE71 6329 0110 0368 0560 07
BIC: GENODES1HDH**

Ein Gespräch mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt für die Patientenverfügung ist wichtig.

Wenn Sie zusätzlich eine Rechtsberatung wünschen, wenden Sie sich an einen Notar/Notarin oder einen Rechtsanwalt/Rechtsanwältin.

Weitere ausführliche, vertiefende Informationen können Sie im Internet abrufen unter: www.esslinger-initiative.de



vorsorgen – selbst bestimmen e.V.

Patientenverfügung

1. Zu meiner Person

| | | |
|----------|----------|---------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnort: | Straße: | Geburtsort: |

2. Reichweite dieser Patientenverfügung

Die folgende Verfügung bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht. Für den Fall aber, dass ich durch Krankheit oder Unfall meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit (Einwilligungsfähigkeit) nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer verloren habe und ich

- a. mich unabwendbar und unmittelbar im Sterben befinde oder
- b. an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit leide, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist oder
- c. infolge einer Gehirnschädigung (im Falle einer direkten Schädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder im Falle einer indirekten Schädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen, mein Umfeld wahrzunehmen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, eingebüßt habe; dabei ist mir bewusst, dass in einer solchen Situation die Fähigkeit zu inneren Empfindungen erhalten sein kann und die Rückkehr in ein bewusstes Leben nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, oder
- d. infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,

verfüge ich:

I./3

3. Meine Bestimmungen

Ich erwarte eine jeweils dem aktuellen Standard der Medizin und Pflege entsprechende Schmerztherapie und Behandlung zur Verhinderung oder Linderung von Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und weiteren mich belastenden Zuständen. Unnötige Medikamente sollen abgesetzt werden. Wenn alle medizinisch und pflegerisch möglichen Hilfestellungen zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Linderung meiner Beschwerden auch bewusstseinsdämpfende Medikamente. Mit einer möglichen Verkürzung meiner Lebenszeit durch solche Maßnahmen bin ich einverstanden.

- a. Es sollen alle möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Ich wünsche jedoch in jedem Fall eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care).
- b. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise und ohne hochkalorische Flüssignahrungsmittel gestillt werden. Es soll kein Zwang zum Essen und Trinken ausgeübt werden. Künstliche Ernährung soll nicht begonnen oder nicht mehr fortgesetzt werden, unabhängig von der Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge). Eine künstliche Flüssigkeitszufuhr darf nur zur Linderung meiner Beschwerden erfolgen.
- c. Antibiotika, Blut und Blutbestandteile dürfen nur gegeben werden, wenn sie zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.
- d. Es soll keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Atemnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- e. Bei Herz-Kreislauf-Stillstand oder Atemversagen sind Wiederbelebungsversuche zu unterlassen. Es soll keine Notfallbehandlung erfolgen.
- f. Dialyse und andere Formen der Blutwäsche sollen nicht durchgeführt werden und schon eingeleitete eingestellt werden.
- g. Auch die folgenden lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Herzschrittmacher bzw. Defibrillator) sollen nicht durchgeführt bzw. eingestellt werden:

4. Weitere Wünsche, Anordnungen und meine Wertvorstellungen:
(ggf. Rückseite oder Beiblatt verwenden)

| |
|--|
| |
| |
| |

5. Organspende

Für den Fall, dass ich einer Organspende zustimme, dürfen dafür notwendige ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe.

6. Vertrauenspersonen

Als Vertrauenspersonen benenne ich:

| | | |
|-------|----------|----------|
| Name: | Adresse: | Telefon: |
| | | |
| Name: | Adresse: | Telefon: |
| | | |

Mit ihnen habe ich meine Patientenverfügung besprochen. Sie sind bereit, über meine Wünsche und meinen Willen Auskunft zu geben. Durch ihre Unterschrift bestätigen sie, dass sie keinen Zweifel an meiner Urteils- und Entscheidungsfähigkeit haben.

| | |
|-------------|------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift der Vertrauensperson: |
| | |
| Ort, Datum | Unterschrift der Vertrauensperson: |
| | |

7. Hinweis auf Bevollmächtigte

Information: Seit Januar 2023 gilt die Ehegattennotvertretung für ½ Jahr

Hinweis: Dem Bevollmächtigten eine korrekte, schriftliche Vollmacht erteilen

Ich habe eine Vollmacht erteilt an:

| | | |
|-------|----------|----------|
| Name: | Adresse: | Telefon: |
| | | |
| Name: | Adresse: | Telefon: |
| | | |

Meine Patientenverfügung soll nur im Einvernehmen mit meinen Bevollmächtigten umgesetzt werden.

8. Hausarzt

Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat meine Patientenverfügung zur Kenntnis genommen.

| | | |
|-------|----------|----------|
| Name: | Adresse: | Telefon: |
| | | |

| | |
|-------------|--------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift des Arztes: |
| | |

Mein Hausarzt/meine Hausärztin ist bereit, über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft zu geben. Ich entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

9. Schlussbemerkungen

Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollten wegen bestimmter Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel aufkommen, ob ich in einer aktuellen Situation nicht doch noch eine lebenserhaltende Behandlung erfahren möchte, soll möglichst im Einvernehmen mit allen Beteiligten ermittelt werden, ob die Festlegungen in der Verfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

10. Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch

| |
|--|
| |
|--|

11. Unterzeichnung

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Mir ist die Möglichkeit einer Änderung oder eines Widerrufs der Patientenverfügung bekannt.

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift der verfügenden Person: |
|-------------|--------------------------------------|

Aktualisierung der Patientenverfügung

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

in vollem Umfang mit folgenden Änderungen:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift der verfügenden Person: |
|-------------|--------------------------------------|

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

in vollem Umfang mit folgenden Änderungen:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift der verfügenden Person: |
|-------------|--------------------------------------|

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

in vollem Umfang mit folgenden Änderungen:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift der verfügenden Person: |
|-------------|--------------------------------------|

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

in vollem Umfang mit folgenden Änderungen:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift der verfügenden Person: |
|-------------|--------------------------------------|



vorsorgen – selbst bestimmen e.V.

Gesundheitsvollmacht

1. Zu meiner Person

| | | |
|----------|----------|---------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnort: | Straße: | Geburtsort: |

2. Bevollmächtigte Personen

Ich bevollmächtige hiermit

| | | |
|-------|----------|---------------|
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |

je **einzel**n, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden 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.

Vereinbarung zwischen Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer:

Die notwendig anfallenden Kosten in der Ausübung der o.a. Tätigkeit erlaube ich dem Vollmachtnehmer diese geltend zu machen.

1./9

3. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person 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.

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 (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).

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.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) und über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Falls Beglaubigung sinnvoll erscheint, kann neben Notariat auch die Betreuungsbehörde im Landratsamt Tel. 07321 321-0 gegen eine Gebühr die Unterschrift beglaubigen.

| | |
|-------------|------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift des Vollmachtnehmers: |
| Ort, Datum: | Unterschrift des Vollmachtnehmers: |

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift des Vollmachtgebers: |
|-------------|-----------------------------------|



vorsorgen – selbst bestimmen e.V.

Generalvollmacht

1. Zu meiner Person

| | | |
|----------|----------|---------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnort: | Straße: | Geburtsort: |

2. Bevollmächtigte Personen

Ich bevollmächtige hiermit

| | | |
|-------|----------|---------------|
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |
| Name: | Adresse: | Geburtsdatum: |

je **einzel**n, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden 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.

3. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person 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.

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 (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).

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.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) und über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus (§1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

4. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

Die bevollmächtigte Person darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

5. Behörden

Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

6. Vermögenssorge

Die bevollmächtigte Person 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 und zurücknehmen.

Sie darf über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Verbindlichkeiten eingehen und Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

Sie darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

7. Post- und Fernmeldegeheimnis – Digitale Angelegenheiten

Die bevollmächtigte Person darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf meine digitalen Dateien, Accounts (Benutzerkonten), Zugangsdaten, Dienste und Profile einsehen, ändern, löschen oder kündigen. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

8. Vertretung vor Gericht

Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

9. Untervollmacht, Insichgeschäft

Jeder Bevollmächtigte darf Untervollmacht erteilen, ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit und darf gleichzeitig mich selbst und einen Dritten vertreten. Jeder Bevollmächtigte darf dem anderen gegenüber meine Rechte geltend machen, die Vollmacht jedoch nicht widerrufen.

10. Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die unter 2. bezeichneten Personen als Betreuer zu bestellen.