



ÄRZTEKAMMER
BERLIN
Ethikkommission

Name:
Geburtsdatum:
Wohnort:

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich, auch über meinen Tod hinaus gemäß §§ 1896 Abs. 2, 164 ff. BGB

Frau/Herrn.....geb. am.....

Wohnhaft.....Telefon.....

Ersatzweise

Frau/Herrngeb. am.....

Wohnhaft
.....Telefon.....

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

I. Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst die in § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB und § 1906 Abs. 1 und 3 BGB genannten, in der Anlage wiedergegebenen Maßnahmen. Im Einzelnen umfasst sie folgende Inhalte:

a) Im gesundheitlichen Bereich

(1) die Abgabe von Erklärungen im Behandlungsgeschehen, z.B. die Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder operative Eingriffe, gleichgültig, ob es sich um lebensgefährdende oder mit schwerwiegenden Nebenwirkungen bzw. Folgen behaftete Maßnahmen handelt oder nicht;

(2) die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung mit Freiheitsentzug bzw. über das Verlassen dieser Einrichtungen;

(3) die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wenn sie nicht nur der Beherrschung einer akuten Situation dienen, sondern über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durchgeführt werden sollen;

(4) die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion, Medikamente) oder in einen Behandlungsverzicht. Die Einwilligung darf von meinem(n) Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigen Verfall nach einstimmiger Beurteilung meiner behandelnden Ärzte keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht;

Ich wünsche,*

- keine Ernährung durch Magensonde oder Magenfistel,
 - keine Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfekten,
 - weitestgehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere Schmerzen;
- eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

Außerdem umfasst die Vollmacht

(5) die Einwilligung zur Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt;

(6) die Einwilligung zu einer Obduktion zur Befundklärung;

(7).....

*Unzutreffendes bitte streichen. Eigene Wünsche anfügen.