

Vorsorgen  
ist wichtig!



## **Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung**



## Impressum

Herausgeber: Evangelisches Johanneswerk gGmbH  
Schildescher Str. 101 • 33611 Bielefeld  
Telefon: 0521 801-2601 • E-Mail: [theologie@johanneswerk.de](mailto:theologie@johanneswerk.de)  
» [johanneswerk.de](http://johanneswerk.de)

Verantwortlich für den Inhalt: Stabsabteilung Theologie und Diakonie  
Leitung: Pastor Stefan Berk

Satz / Layout / Grafik: Verena Wiesemann • Atelier Vrenetisch

9. aktualisierte Auflage 2025

# Inhalt

<b>Information</b>	<b>4</b>
<b>Patientenverfügung</b>	<b>5</b>
<b>Medizinische Maßnahmen</b>	<b>8</b>
<b>Behandlungsort / Beistand</b>	<b>13</b>
<b>Vollmacht mit Betreuungsverfügung</b>	<b>16</b>

# Information

## Um was es geht ...

Was passiert, wenn Sie nicht mehr selbst entscheiden können? Was, wenn Sie nicht mehr ausdrücken können, was Ihnen wichtig ist?



Dafür gibt es diese beiden Dokumente: In einer **Patientenverfügung** legen Sie fest, wie medizinische Maßnahmen bei Ihnen durchgeführt werden sollen – zum Beispiel, wenn Sie durch einen Unfall oder eine Krankheit bewusstlos sind. So haben Ärzt\*innen eine verlässliche Grundlage, um Sie zu untersuchen, zu behandeln oder auch zu operieren. Ein anderes Beispiel ist Ihre Entscheidung für oder gegen lebensverlängernde Maßnahmen in der Sterbephase. Weil es um Ihren Willen geht, können Sie die Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen.

Allerdings kann man nicht für jede Situation eine Entscheidung festlegen. Deshalb können Sie in dem Abschnitt **Meine Wert- und Glaubensvorstellungen** Ihre Vorstellungen über das Leben und das Sterben beschreiben. Das kann im Zweifelsfall für Ärzt\*innen und Angehörige/Vorsorgebevollmächtigte eine wichtige Orientierung sein, Entscheidungen in Ihrem Sinn, zu treffen.

In einer Situation, in der Sie keine Entscheidungen mehr treffen können, müssen andere dies stellvertretend für Sie tun. Deshalb ist es sinnvoll, einem Menschen, zu dem Sie großes Vertrauen haben, eine **Vorsorgevollmacht** auszustellen. Er kann dann für Sie entscheiden und in Ihrem Sinn handeln<sup>1</sup>.

Eine Vorsorgevollmacht gilt umfassend für alle Lebensbereiche. Sie sollten sie deshalb gründlich und offen mit dem Menschen besprechen, dem Sie diese Vollmacht ausstellen.

Beide Dokumente können eine große Bedeutung für Ihr Leben haben. Deshalb ist es wichtig, dass Sie die Originale (Dokumente in diesem Heft) mit Datum versehen und von allen Beteiligten unterschreiben lassen. Um sicherzustellen, dass Sie aus freien Stücken handeln, sind die Unterschriften von Zeug\*innen zur Bestätigung sinnvoll. Wichtig ist, dass die Unterlagen zwar bei Ihnen bleiben, andere aber wissen, wo Sie dieses Heft finden, um schnell handeln zu können.

<sup>1</sup> Diese Vollmacht können seit 2023 auch Ehepartner\*innen in medizinischen Notsituationen wahrnehmen, aber begrenzt auf ein halbes Jahr – Kinder oder Angehörige dürfen dies – auch ohne Vorsorgevollmacht – allerdings nicht.



**Ich bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:** (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen: ~~Krankheit~~)

## Diese Patientenverfügung gilt, wenn ich ...

... mich aller Voraussicht und ärztlichen Eindrucks nach unumgänglich im deutlich erkennbaren Sterbeprozess befinde.

Ja  Nein

... mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit bzw. einem tödlich verlaufenden Krankheitsprozess befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht erkennbar ist.

Ja  Nein

... infolge einer Gehirnschädigung meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit verloren habe und nicht mehr in der Lage bin, mich geistig zu orientieren und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt\*innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleiben können und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

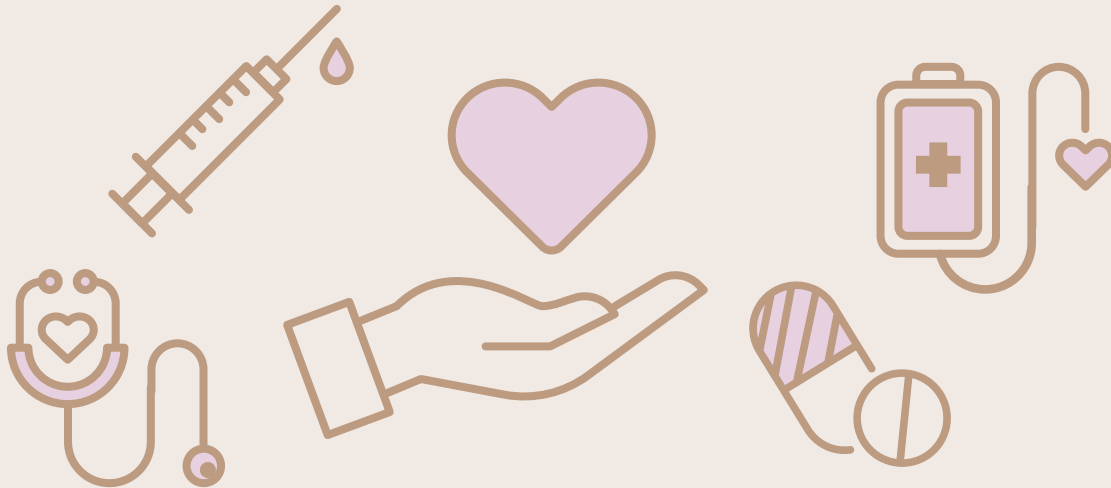
Ja  Nein

... durch einen sehr weit fortgeschrittenen Abbauprozess meines Gehirns (z. B. bei dementieller Erkrankung) auch mit Hilfe, nicht mehr selbstständig Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen kann.

Ja  Nein

**Die folgenden Punkte in der Patientenverfügung beziehen sich immer auf die genannten Situationen.**





## Medizinische Maßnahmen



### Lebenserhaltende Maßnahmen

In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen möchte ich, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten bzw. mein Leben zu verlängern.

Ja  Nein

In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen möchte ich, dass keine lebenserhaltenden Maßnahmen durchgeführt werden bzw. nicht mehr oder nur zeitlich befristet weitergeführt werden. Ich bitte um Versorgung in pflegerischer und palliativmedizinischer Hinsicht, um mir Angst, Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Hunger-/Durstgefühl sowie Übelkeit zu nehmen.

Ja  Nein

Ich nehme in Kauf, dass sich durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen meine Lebenszeit verkürzen kann.

Ja  Nein



## Wiederbelebung

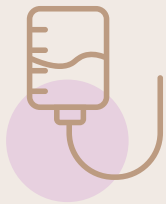
### In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich nicht wiederbelebt werden.

Ja  Nein

... möchte ich, dass in einem lebensbedrohlichen Zustand ein Rettungsdienst und/oder Notärzt\*in sofort über meine Ablehnung von Wiederbelegungsmaßnahmen informiert wird.

Ja  Nein



## Künstliche Ernährung<sup>1</sup>

### In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich künstliche Ernährung, um mein Leben zu erhalten, unabhängig von der Art der Zuführung (z. B. Venenzugang, Magensonde durch die Bauchdecke).

Ja  Nein

... möchte ich künstliche Ernährung für den Fall, dass diese eine medizinisch unklare Situation zeitlich befristet zu überbrücken hilft und/oder aus therapeutischen Gründen notwendig sein sollte (z. B. um Medikamente zu geben).

Ja  Nein

... möchte ich zeitlich befristet künstliche Ernährung, wenn dadurch palliativ meine Beschwerden gelindert werden können.

Ja  Nein

<sup>1</sup> Mir ist bewusst, dass der Verzicht auf künstliche Ernährung am Lebensende bedeutet, dass der Tod innerhalb weniger Tage eintreten kann. Dies bedeutet nicht, dass ein Mensch verhungert. Viele schwerkranke Menschen haben kein Hungergefühl mehr. Pflegerische und medikamentöse Maßnahmen können lindernd eingesetzt werden.



## Künstliche Flüssigkeitszufuhr<sup>2</sup>

### In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich künstliche Flüssigkeitszufuhr, um mein Leben zu erhalten, unabhängig von der Art der Zuführung (z. B. Venenzugang, Magensonde).

Ja  Nein

... möchte ich künstliche Flüssigkeitszufuhr für den Fall, dass diese eine medizinisch unklare Situation zeitlich befristet zu überbrücken hilft und/oder aus therapeutischen Gründen notwendig sein sollte (z. B. um Medikamente zu geben).

Ja  Nein

... möchte ich künstliche Flüssigkeitszufuhr, wenn dadurch palliativ meine Beschwerden gelindert werden.

Ja  Nein



## Schmerztherapie

### In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich, wenn eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung und alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfender Wirkung (Schläfrigkeit) zur Beschwerdelinderung erhalten.

Ja  Nein

... möchte ich auch eine palliative Sedierung<sup>3</sup> (vergleichbar einer Narkose) erhalten.

Ja  Nein

Ich nehme in Kauf, dass sich durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen meine Lebenszeit verkürzen kann.

Ja  Nein

<sup>2</sup> Mir ist bewusst, dass der Verzicht auf Flüssigkeitsaufnahme am Lebensende bedeutet, dass der Tod innerhalb weniger Tage eintreten kann. Dies bedeutet nicht, dass ein Mensch verdurstet. Der Bedarf an Flüssigkeit verringert sich deutlich am Lebensende. Eine fachgerechte Mundpflege und das Anfeuchten der Atemluft schaffen häufig Linderung.

<sup>3</sup> Die palliative Sedierung ist eine medizinische Maßnahme am Lebensende. Dabei werden Patient\*innen mit unheilbarer Erkrankung durch Medikamente in einen schlafähnlichen Zustand versetzt, um unerträgliches Leid zu lindern, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend wirksam sind. Bei einer tiefen Sedierung ist der/die Patient\*in nicht mehr erweckbar.



## Antibiotika

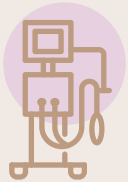
In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich Antibiotika erhalten, wenn die Gabe mein Leben verlängern kann.

Ja  Nein

... möchte ich Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation erhalten, wenn dies wirksam zu einer Besserung der Situation beitragen kann.

Ja  Nein



## Künstliche Beatmung

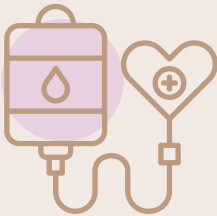
In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich eine künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe erhalten, wenn dies mein Leben verlängern kann.

Ja  Nein

... möchte ich, dass eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, wenn mir stattdessen Medikamente verabreicht werden, um eine mögliche Luftnot und damit häufig verbundene Angstzustände zu vermeiden. Mir ist bewusst, dass diese Medikamente mein Bewusstsein dämpfen und mein Leben verkürzen können.

Ja  Nein

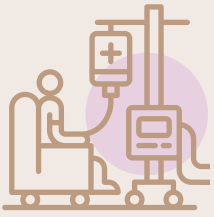


## Blut / Blutbestandteile

In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

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

Ja  Nein



## Dialyse

In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich, dass eine Dialyse (künstliche Blutwäsche) durchgeführt wird, wenn dies mein Leben verlängern kann.

Ja  Nein

... möchte ich, dass eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Ja  Nein



## Herzschrittmacher und/oder Defibrillator

In den von mir im ersten Schritt gewählten Situationen ...

... möchte ich, dass ein Herzschrittmacher und/oder Defibrillator eingesetzt wird, wenn dies mein Leben verlängern kann.

Ja  Nein



## Organspendeausweis

Ich besitze einen Organspendeausweis.

Ja  Nein



# Behandlungsort / Beistand



## Behandlungsort

Ich möchte, wenn möglich ...

... zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

Ja  Nein

... in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation sterben.

Ja  Nein

... zum Sterben in / nach (z. B. in ein Krankenhaus)

verlegt werden.

Ja  Nein



## Krankenhauseinweisung

Ich möchte nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen werden, auch wenn ich ohne diese Behandlung mit großer Wahrscheinlichkeit sterbe.

Ja  Nein

**Ich möchte ...**

---

- Beistand durch folgende Person\*en erhalten:

---

---

- nicht begleitet oder besucht werden von:

---

---

- Beistand durch eine\*n Vertreter\*in folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft erhalten:

---

---

- Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst, den ambulanten Palliativdienst (SAPV-Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) und/oder das Palliativnetz erhalten.
-

Die vorangegangenen Verfügungen sind mein fester Wille. Ich bitte daher nachdrücklich, meine Wünsche, die ich in dieser Patientenverfügung niedergelegt habe, zu erfüllen. Ich bin mir bewusst, dass meine Patientenverfügung nicht exakt auf alle möglichen Situationen zutrifft. Für diesen Fall bitte ich alle Beteiligten gemeinsam eine Entscheidung zu finden, die meinen Wünschen und Wertvorstellungen entspricht.

Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

## Zeugen

**Anmerkung:** Die Unterschrift von Zeug\*innen ist für die Wirksamkeit der Patientenverfügung zwar nicht erforderlich, aber zu empfehlen, um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen. Sinnvoll ist es auch, die Verfügung mit dem\*der Hausarzt\*ärztin zu besprechen und gegebenenfalls auch durch ihn\*sie gegenzeichnen zu lassen; zuzüglich Stempel der Arztpraxis.

**Ich bestätige, dass der\*die Verfasser\*in sich über die Inhalte dieser Patientenverfügung und deren Konsequenzen bewusst und in ihren\*seinen Entscheidungen frei und einwilligungsfähig ist.**

---

Ort, Datum

Name/Vorname

Unterschrift des\*der Zeug\*in

**Das Original meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:**

---

Name/Vorname, Geburtsdatum

---

Straße/Hausnummer

---

Postleitzahl/Wohnort

---

Telefon Festnetz/Handy

---

E-Mail

## Bestätigung

Eine regelmäßige Bestätigung ist gesetzlich nicht vorgesehen. Zur Erhöhung der Beweiskraft und zur Überprüfung der eigenen aktuellen Vorstellungen empfiehlt es sich jedoch, diese Verfügung in regelmäßigen Abständen (ca. alle zwei Jahre) anzupassen bzw. zu bestätigen.

**Ich bestätige meine Patientenverfügung**

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verfügenden



# Vollmacht mit Betreuungsverfügung

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname (Vollmachtgeber\*in)

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

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz/Handy

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

**erteile hiermit Vollmacht an:**

**(Hauptbevollmächtigung)**

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

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

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz/Handy

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

**sowie für den Fall der Verhinderung oder des Ausfalls der erst benannten bevollmächtigten Person danach an: (Ersatzbevollmächtigung)**

---

Name/Vorname

---

Geburtsdatum, Geburtsort

---

Straße/Hausnummer

---

Postleitzahl/Wohnort

---

Telefon Festnetz/Handy

---

E-Mail

**Jeder bevollmächtigten Person wird hiermit ausdrücklich die Vollmacht erteilt, mich in allen nachfolgenden Angelegenheiten zu vertreten. Mit dieser Festlegung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt auch dann wirksam, wenn ich nach ihrer Erstellung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Diese Vollmacht entfaltet nur Wirksamkeit, solange die bevollmächtigte Person im Besitz der Vollmachtsurkunde ist und diese bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes im Original vorlegen kann.**

**Die Vollmacht gilt solange bis ich sie widerrufe.**



## Gesundheit und Pflege

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen: ~~Krankheit~~)

Ich entbinde mein behandelndes ärztliches sowie nichtärztliches Personal von ihrer Schweigepflicht gegenüber jeder von mir bevollmächtigten Person. Sie darf Krankenhausunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte veranlassen sowie Kopien der Unterlagen erhalten.

Ja

Jede bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der medizinischen Versorgung und Behandlung entscheiden, ebenso über alle Fragen einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.

Ja

Jede bevollmächtigte Person darf über alle ärztlichen Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffe bei mir entscheiden, auch wenn die Gefahr besteht, dass ich durch die Maßnahme, ihr Unterlassen oder ihren Abbruch sterbe oder einen schweren oder länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 BGB).

Ja

Jede bevollmächtigte Person darf über das Unterlassen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen bei mir entscheiden<sup>1</sup>.

Ja

Jede bevollmächtigte Person darf meinen in der Patientenverfügung dokumentieren Willen durchsetzen.

Ja

<sup>1</sup> Diese Formulierung sollten Sie in die Vollmacht aufnehmen, wenn Sie möchten, dass jede bevollmächtigte Person ohne Betreuerbestellung für Sie entscheiden darf. Die Formulierung ist unabhängig von der Formulierung in der Patientenverfügung.



## Freiheitsentziehende Maßnahmen

Jede bevollmächtigte Person darf – soweit und solange es erforderlich ist –

... über meine Unterbringung mit Freiheitsentzug in einer Einrichtung und über Freiheitsbeschränkung wie das Hochstellen von Bettseitenteilen, Fixierung oder eine Ruhigstellung mit Medikamenten (§ 1831 Absatz 1 BGB) entscheiden.

Ja

... über eine ärztliche Zwangsmaßnahme bei mir und über meine Verbringung ins Krankenhaus entscheiden, wenn ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht und dieser auf keine andere zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann (§ 1832 BGB).

Ja



## Wohnen und Aufenthalt

Jede bevollmächtigte Person darf ...

... über meinen Aufenthaltsort bestimmen, einschließlich eines Umzugs in ein Pflegeheim oder eine sonstige Einrichtung.

Ja

... für mich Rechte und Pflichten aus meinem Mietverhältnis, inklusive der Kündigung meiner Wohnung, wahrnehmen.

Ja

... meinen Haushalt auflösen und über das Inventar verfügen.

Ja



## Behörden und Gericht, Verträge und Finanzen

### Jede bevollmächtigte Person darf ...

... mich gegenüber allen Behörden, Kredit- sowie Versicherungsunternehmen und Leistungs- sowie Kostenträgern in allen Angelegenheiten der Vermögens-, Steuer-, Renten-, Sozial-, Erb- und sonstigen Rechtsangelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. Sie ist berechtigt, Zustellungen und Leistungen entgegenzunehmen, Anträge zu stellen sowie Wider- und Einspruch zu erheben und sie auszuschließen.

Ja

... mich gegenüber allen Gerichten vertreten und Prozesshandlungen vornehmen, wenn diese gesetzlich zulässig sind. Sie darf Rechtsanwält\*innen, Steuerberater\*innen etc. mit Wahrnehmung meiner Interessen beauftragen.

Ja

... in meinem Namen Verträge abschließen.

Ja

... ist berechtigt, meine Grundstücke und Immobilien zu verwalten und zu verkaufen.<sup>2</sup>

Ja

... meine Post, auch Einschreiben und Zahlungsanweisungen, sowie Sendungen mit dem Zusatz »eigenhändig« oder »persönlich«, entgegennehmen und lesen. Darüber hinaus darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf Verträge abschließen und kündigen.<sup>3</sup>

Ja

Die folgenden Geschäfte soll sie **nicht** für mich ausführen:

---



---

<sup>2</sup> Für die Befugnis zum Verkauf oder Übertragung einer Immobilie ist eine notarielle Beurkundung notwendig.

<sup>3</sup> Es empfiehlt sich eine Postvollmacht auszustellen.



## Daten und Digitales

Jede bevollmächtigte Person ist berechtigt, ...

... auf alle meine digitalen Daten im Internet zuzugreifen, sie zu ändern oder zu löschen. Das schließt den Zugriff auf alle Passwörter, Verträge, soziale Netzwerke, E-Mails etc. ein. Ich gestatte ihr über meinen Tod hinaus Zugang zu entsprechenden Auskünften meines Anbieters. Ich befreie den Provider vom Telekommunikationsgeheimnis und sonstigen Geheimhaltungspflichten.<sup>4</sup>

Ja

### Wichtig!

Es besteht die Möglichkeit mehrere Bevollmächtigte für unterschiedliche Bereiche auszuwählen (z. B. Trennung von Gesundheitsfürsorge und Vermögensangelegenheiten). Bitte stellen Sie dazu jeder bevollmächtigten Person eine eigene Vollmacht aus.



## Vermögen und Schenkungen

Jede bevollmächtigte Person darf ...

... mein Vermögen verwalten und die hierzu notwendigen Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen jeglicher Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abgeben und entgegennehmen.

Ja

... über meine Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.

Ja

... Zahlungen und Wertgegenstände in meinem Namen annehmen und ausschlagen.

Ja

... Schenkungen in meinem Namen vornehmen.

Ja

... über Bankkonten und Depots sowie sonstiges Geldvermögen aller Art im meinem Namen verfügen und Bankkonten und Depots eröffnen und auflösen.<sup>5</sup>

Ja

<sup>4</sup> Es empfiehlt sich den Zugang zu aktuellen Passwörtern zu ermöglichen.

<sup>5</sup> Es wird dringend empfohlen, eine gesonderte Bankvollmacht auszustellen.



## Nach meinem Tod

Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus. Sie gilt bis zum Widerruf durch die Erbende/n.

Ja

**Jede bevollmächtigte Person darf ...**

... über die Annahme und Ausschlagung von Erbschaften entscheiden.<sup>6</sup>

Ja

... über die Einzelheiten meiner Bestattung bestimmen.

Ja



## Untervollmacht / Insichgeschäft / Widerruf

Jede bevollmächtigte Person darf, soweit rechtlich zulässig, Untervollmachten an Dritte erteilen und dabei diese Vollmacht ganz oder teilweise an Dritte übertragen.

Ja

Von den Beschränkungen des § 181 BGB (Verbot des Insichgeschäfts) ist die bevollmächtigte Person in den Vermögensangelegenheiten befreit, sodass sie befugt ist, Rechtsgeschäfte in meinem Namen mit sich selbst oder als Vertreter\*in eines\*einer Dritten vorzunehmen.<sup>7</sup>

Ja

Jede bevollmächtigte Person darf die mit diesem Dokument erteilten Vollmachten jeweils einzeln jederzeit widerrufen.

Ja

<sup>6</sup> Es ist eine Beglaubigung der Unterschrift bei einer Ausschlagung durch das Gericht oder einen Notar notwendig. Wird hier nicht »Ja« angekreuzt und die Vollmacht nicht widerrufen, so endet sie mit dem Zeitpunkt Ihres Todes.

<sup>7</sup> § 181 BGB dient der Vermeidung von Interessenkonflikten (z. B. kann es erforderlich sein, dass Ihr Bevollmächtigter gleichzeitig auf beiden Seiten eines Rechtsgeschäfts steht. Durch die Befreiung kann er z. B. Bankvermögen auf sich selber übertragen, um hiervon Rechnungen zu begleichen oder einen Mietvertrag mit sich selbst über ihr Haus schließen, um dieses in der Familie halten zu können.)



## Betreuungsverfügung

Diese Vollmacht soll eine gesetzliche Vertretung («rechtliche Betreuung») überflüssig machen. Sollte sie dennoch von einem Gericht als notwendig erachtet werden, bitte ich darum, meine bevollmächtigte Person zum\*zur Betreuer\*in zu bestellen.

Ja

Ort, Datum

Unterschrift des\*der Vollmachtgeber\*in

### Durch meine Unterschrift bestätige ich die Gültigkeit meiner Vorsorgevollmacht.

Im Falle einer Erkrankung oder Behinderung der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers, welche die eigenständige Regelung ihrer/seiner Angelegenheiten verhindert, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im oben bezeichneten Umfang als rechtsgeschäftlicher Vertreter für sie/ihn und an ihrer/seiner Stelle zu entscheiden. Mir ist bewusst, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben und widerrufen kann.<sup>8</sup>

Ja

Ort, Datum

Unterschrift des\*der Vollmachtnehmer\*in



**Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer eintragen zu lassen. Das Vorsorgeregister dient dazu, Betreuungsgerichte und behandelnde Ärzt\*innen über die Vorsorgeunterlagen zu informieren.**

➤ [vorsorgeregister.de](https://www.vorsorgeregister.de)

<sup>8</sup> Die Unterschrift der/des Bevollmächtigten ist rechtlich weder erforderlich noch verbindlich.



## Zeug\*innen

**Anmerkung:** Die Unterschrift von Zeug\*innen ist für die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht zwar nicht erforderlich, aber zu empfehlen, um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen. Sinnvoll ist es auch, die Verfügung mit dem\*der Hausarzt\*in zu besprechen und gegebenenfalls auch durch ihn\*sie gegenzeichnen zu lassen (zuzüglich Stempel der Arztpraxis.)

**Ich bestätige, dass der\*die Verfasser\*in sich über die Inhalte dieser Vorsorgevollmacht und deren Konsequenzen bewusst und in ihren\*seinen Entscheidungen frei und einwilligungsfähig ist.**

Ort, Datum

Name / Vorname

Unterschrift des / der Zeug\*in



## Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Ich, ...

Für das Portemonnaie

Name/Vorname, Geburtsdatum/-ort

Straße/Hausnummer, Postleitzahl/Wohnort

Telefon Festnetz/Handy/E-Mail

habe eine

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung

# Erläuterung wichtiger Begriffe

<b>Appallisches Syndrom</b>	Wachkoma
<b>Demenz</b>	Hirnabbau, schrittweiser Verlust der Fähig- und Fertigkeiten
<b>Palliative Behandlung</b>	Ganzheitliche Behandlung, schmerzlindernd
<b>PEG</b>	Magensonde zur Ernährung
<b>Dialyse</b>	Verfahren zur Blutwäsche
<b>Palliative Sedierung</b>	Schlafähnlicher Dämmerzustand durch Medikamente



## Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Bevollmächtigt sind

Für das Portemonnaie

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz/Handy

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz/Handy

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

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

Wer wir sind und was wir tun

# An Ihrer Seite: das Ev. Johanneswerk

Im Evangelischen Johanneswerk arbeiten rund 7.500 Leute an einem gemeinsamen guten Werk: Wir pflegen und begleiten Menschen, die Unterstützung brauchen. Das geschieht in über 70 Einrichtungen der Altenhilfe, der Teilhabe, in Kliniken und Kindertagesstätten.

Im Mittelpunkt steht unsere Vision: »Wir wollen, dass alle Menschen **in Würde, selbstbestimmt** und in **Gemeinschaft** leben können«. Mit diesem Ziel gehen wir auch mit dem Sterben und dem Tod unserer Bewohner\*innen um – und der Trauer der Angehörigen. Als Wegbegleiter\*innen nehmen wir uns – z. B. in der ambulanten Hospizarbeit – Zeit und Raum, um über Wünsche, Sorgen und Trauer zu sprechen.

Um in der letzten Zeit zufrieden leben zu können, kann es eine Hilfe sein zu wissen: **Ich habe die Dinge, die mir wichtig und lieb sind, gut geregelt und auf den Weg gebracht.** Dazu gehört die Vorsorge, dass meine Wünsche respektiert werden, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann. Mit unserer Broschüre unterstützen wir Sie bei der Vorbereitung und Auseinandersetzung mit diesem Thema.

**Benötigen Sie Hilfe beim Ausfüllen?  
Bitte wenden Sie sich direkt an die Hospizarbeit  
im Ev. Johanneswerk:**

☎ **0521-801-2660**

✉ **[hospizarbeit@johanneswerk.de](mailto:hospizarbeit@johanneswerk.de)**



**Ev. Johanneswerk gGmbH**  
Schildescher Str. 101  
33611 Bielefeld  
↳ [johanneswerk.de](http://johanneswerk.de)

**Gemeinschaft in allen  
Lebensphasen**



## Spendenprojekt Augenblick

Gemeinsam aus vollem Herzen lachen, ein tröstendes Wort oder einfach nur die Stille miteinander genießen: Jemanden an der Seite zu haben macht einen großen Unterschied! Denn das Miteinander schafft Geborgenheit, weckt Erinnerungen, gibt Hoffnung.

Soziale Nähe ist uns wichtig im Ev. Johanneswerk. Wir möchten das Miteinander stärken. Vereinsamung entgegenwirken. Nähe ermöglichen. Für die Bewohner\*innen und Klient\*innen, die sich danach sehnen und sich darüber freuen – ganz gleich, ob sie in Wohn- und Pflegeeinrichtungen oder zu Hause leben.

Unser **Spendenprojekt Augenblick** fördert Angebote und Aktionen, die uns miteinander in Verbindung bringen. Wir nutzen das Geld z. B. für besondere Ausflüge, für die Anschaffung rollstuhlgerechter Hochbeete, für Alpaka-Besuche: Schon kleine Begegnungen werden zu besonderen Momenten, die den Alltag der Menschen, die wir unterstützen, bereichern. Danke für Ihre Hilfe – jede Spende wirkt!

**Nähere Informationen:** [➤ johanneswerk.de/augenblick](https://johanneswerk.de/augenblick)

### **Spendenkonto**

**IBAN:** DE09 4805 0161 0066 0126 00

**BIC:** SPBIDE33XXX

**Verwendungszweck:** 25F01 Augenblick

[➤ johanneswerk.de/online-spende](https://johanneswerk.de/online-spende)  
oder per QR-Code



