

## **Malte Jörg Uffeln**

Magister der Verwaltungswissenschaften  
Bürgermeister a.D.  
RECHTSANWALT und MEDIATOR (DAA)  
Lehrbeauftragter Mental-Trainer Betrieblicher Datenschutzbeauftragter  
( AKADEMIE HERKERT)  
Fortbildung in Krinsenpädagogik nach Prof. Dr. Bijan Amim  
Nordstraße 27  
63584 Gründau (Lieblos)  
Tel. 06051/6195029  
MOBIL 0152/21593672  
www.maltejoerguffeln.de  
e-mail: mjuffeln@t-online.de

### **MUSTERENTWURF**

**Patientenverfügung**

mit

**Vorsorgevollmacht**

**Betreuungsvollmacht**

**Allgemeinvollmacht**

**Sterbehilfeverfügung**

### **Einführende Erläuterungen**

1. Der nachfolgende Entwurf ist eine MUSTER- Arbeitshilfe zur Erstellung einer einheitlichen und umfassenden Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht, Allgemeinvollmacht und Sterbehilfeverfügung. Er orientiert sich an der aktuellen Rechtsprechung und den Textbausteinen des Bundesministeriums der Justiz, download über : [BMJ - Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung](#)
2. Eigene Formulierungen des Verfassers haben zudem Eingang in den MUSTERENTWURF gefunden. Natürlich können einzelne Verfügungen und Vollmachten auch getrennt voneinander verfasst werden. Dann sind die anderen Teile zu eliminieren.
3. Bei Rückfragen hilft der Verfasser sehr gerne im Rahmen einer kostenpflichtigen anwaltlichen Erstberatung nach § 34 RVG. Anders als das handschriftliche Testament nach § 2247 BGB kann eine Patientenverfügung maschinenschriftlich – auf dem PC – abgefasst und mit der eigenhändigen Unterschrift versehen werden. Sie ist an einem sicheren Ort oder idealiter bei dem/den Bevollmächtigten aufzubewahren, denn diese benötigen Sie dann, „ wenn es darauf ankommt!“
4. Über Kritik, Anregungen und Verbesserungsformulierungen freue ich mich stets.

Ihr

Malte Jörg Uffeln

www.maltejoerguffeln.de

**MUSTERENTWURF**  
**Patientenverfügung mit**  
**Vorsorgevollmacht**  
**Betreuungsvollmacht**  
**Allgemeinvollmacht**  
**Sterbehilfeverfügung**

des Herrn  
der Frau

geb. am \_\_\_\_\_

geb. in : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

Ich

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann folgendes :

I.

**Maßgebliche Lebenssituationen für die diese Patientenverfügung  
mit Vorsorgevollmacht , Betreuungsvollmacht, Allgemeinvollmacht  
und Sterbehilfeverfügung gelten soll !**

**Wenn**

1. ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach **unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess** befinde,
2. ich mich im **Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit** befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
3. ich infolge einer **Gehirnschädigung** meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach

Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist (Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist).

4. ich infolge eines weit **fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung)** auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen,

will ich, dass mein Wille, wie unter II. ff. beschrieben durchgesetzt wird.

## II.

### **Mein Wille, der dann von meinen Bevollmächtigten durchzusetzen ist!**

**In den zuvor in Ziff. I. beschriebenen Situationen wünsche ich ausdrücklich**

1. dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden, **konkret:**

*„... Ich will keine künstliche Ernährung, insbesondere keine PEG- Sonde“*

2. Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden sollen, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

3. Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant zuhause durchgeführt werden können.

4. Ich will die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung;

5. dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

**Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens**

6. lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

7. Ich will keine Herzmassage, keine Defibrillation und keine medikamentöse Wiederbelebung erhalte

8. Ich will und wünsche dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.,

9.dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen reduziert werden soll,

10.dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

11. Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden gegeben werden sollen,

12.die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll nur zur Linderung meiner Beschwerden.erfolgen

### **III.**

#### **Vollmacht und Anweisungen an meine Bevollmächtigten, die zwingend zu befolgen sind!**

#### **Ich möchte**

1.wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

2.Ich möchte Beistand und bestimme im Vollbesitz meiner geistigen und körperlichen Kräften zu meinen Bevollmächtigten in sämtlichen Angelegenheiten:

**meinen leiblichen Sohn**

**und/oder meine**

**leibliche Tochter**

**Meine Kinder haben sich stets abzustimmen und gemeinsam zu entscheiden. Sie wissen wie ich gelebt habe, denke und fühle.**

3. Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam strikt befolgt wird.

4. Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten klaren Willen zu befolgen, so erwarte ich, dass du mir einen anderen mutmaßlichen Willen in der konkreten Behandlungssituation unterstellst, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird.

**5. Meine Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird, notfalls im Wege einer einstweiligen Anordnung vor Gericht im Falle ärztlichen Widerspruchs.**

6. Von meinem Bevollmächtigten erwarte ich, dass die weitere Behandlung so organisiert wird, dass meinem hier schriftlich klar und eindeutig geäußerten Willen entsprochen wird.

**7. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Es entscheiden hier am Ende meine Bevollmächtigten.**

8. Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

9. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

#### **IV.**

### **Organspende**

***Ich bin zur Organspende nicht bereit.***

Ich möchte eine würdige Beerdigung im Kreise meiner Kinder

#### **V.**

### **Gesonderte Vorsorgevollmacht, geschäftliche Vertretungsvollmacht und Betreuung**

Ich erteile hiermit darüber hinaus umfassend **Vorsorgevollmacht und geschäftliche Vertretungsvollmacht** in sämtlichen Gesundheitsangelegenheiten , rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten an

**meinen leiblichen Sohn**

**und meine**

**leibliche Tochter**

**Meine Kinder haben sich stets abzustimmen und gemeinsam zu entscheiden. Sie wissen wie ich gelebt habe, denke und fühle .**

**und wie ich auch mein Geschäft geführt habe.**

## **V. Allgemeinvollmacht**

Weiter erfolgt

# **Vollmachtserteilung**

Wie folgt:

1. Es gilt deutsches Recht.
2. Meine Bevollmächtigten sind, jeder für sich berechtigt, mich in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:
  - 2.1. Abgabe von Willenserklärungen in rechtlich bedeutsamen Handlungen, die von mir und mir gegenüber vorgenommen werden können und zwar mit denselben Wirkungen, als wenn ich selbst gehandelt hätte,
  - 2.2. insbesondere
    - 2.2.1. Willenserklärungen gegenüber Notaren, Gerichten, Behörden und weiteren privaten und öffentlich-rechtlichen Stellen in Zusammenhang mit notariellen Kaufverträgen, deren Abschluss und Vollzug,
    - 2.2.2. Annahme von Zahlungen und Wertgegenständen, deren Quittierung sowie die Vornahme von Zahlungen auf meine ausdrückliche vorherige Weisung,
    - 2.2.3. Abgabe von Willenserklärungen bei der Bestellung von dinglichen Rechten jeder Art, deren Übertragung, Kündigung und Aufgabe.
    - 2.2.4. Vornahme sämtlicher Bankgeschäfte bzgl. der auf mich lautenden Konten

3. Die Bevollmächtigten sind von den Beschränkungen des § 181 BGB ( Verbot des Selbstkontrahierens) befreit. Untervollmachten können , wenn nötig, vergeben werden.
4. Untervollmachten an Dritte , insbesondere an Vertreter der rechts- und steuerberatenden Berufe können erteilt werden.
5. Krankenakten, Arztberichte und Arztbefunde können eingesehen werden. Heimverträge nach WBGV können abgeschlossen und vollzogen werden in meinem Sinne. Auch einer geschlossenen Unterbringung nach dem PsychKG bei Eigen- oder Fremdgefährdung meiner Person durch meine Bevollmächtigten können diese veranlassen
6. **Diese Vollmacht, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht gilt postmortal, über meinen Tod hinaus. Sie kann jederzeit von meinen Erben widerrufen werden.**

- O Ein gesetzlicher Betreuer nach § 1896 ff. BGB soll und darf nicht bestellt werden!**
- O Ein gesetzlicher Betreuer nach §§ 1896 ff. BGB darf nur bestellt werden, wenn meine Bevollmächtigten nicht in der Lage sind, entsprechend dieser Erklärung für mich zu handeln, bzw. diese wegen der Komplexität der Betreuung einen gesetzlichen Ergänzungsbetreuer hinzuziehen wollen.**

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

## **VI.**

### **Passive Sterbehilfe/assistierter Suizid**

Mit dem Thema der Sterbehilfe habe mich eingehend auf der Grundlage der aktuellen Rechtslage und meiner Religion und meinen ethischen Vorstellungen eingehend befasst und auseinandergesetzt. **Aktive Sterbehilfe** ist in Deutschland strafbar. **Das lehne ich auch ab, auch wenn ich in einem Land wäre, in dem aktive Sterbehilfe zulässig ist.** Passiver Sterbehilfe, bei der bei mir eine bestimmte Behandlung unterlassen oder abgebrochen werden soll, insbesondere lebensverlängernden Maßnahmen, stimme ich ausdrücklich zu.

Es findet also das Unterlassen einer Tätigkeit statt (passiv) und es wird keine direkte Durchführung einer Tötung (aktiv) ausgeführt.

**Ich stimme auch einem assistierten Suizid zu.**

In diesem Falle erwarte ich, dass ein entsprechendes zum Tod führendes Mittel mir zur Verfügung gestellt wird, das ich dann eigenständig einnehmen kann. Meine diesbezügliche Selbstbestimmung bis zum Lebensende und Tod ist ausdrücklich zu unterstützen.

**VII.**

**Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit**

Ich bin im Vollbesitz meiner körperlichen und geistigen Kräfte

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert durch ein eingehendes Gespräch mit Herrn Rechtsanwalt Malte Jörg Uffeln, Mag.rer.publ., Nordstraße 27, 63584 Gründau am Tag der Abfassung dieser Erklärung,

*Jeder Satz dieser Verfügung wurde von mir gelesen, verstanden, mir zusätzlich erläutert, was ich durch meine nachfolgende Unterschrift bestätige.*

.....,den .....

**Name und Unterschrift des Verfassers dieser Erklärung**

<p><b>BESTÄTIGUNG des Zeugen</b> <b>über Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit im Rahmen der Erstellung der Patientenverfügung mit Vorsorge- und Betreuungsvollmacht, Allgemeinvollmacht und Sterbehilfeverfügung</b></p>
---

Bei der Abfassung dieser Patientenverfügung mit Vorsorge- und Betreuungsvollmacht, Allgemeinvollmacht und Sterbehilfeverfügung war ich anwesend.



Das Gespräch fand am Tag der Abfassung und Unterzeichnung dieser Erklärung .  
statt.

Der Text der gesamten Erklärungen und Vollmachten wurde mit dem eingehend besprochen  
und erläutert.

Der Verfasser dieser Erklärung war bewusstseinsklar und im Rahmen der Erläuterungen  
konnte ich mir auch ein Bild darüber machen, dass der Verfasser dieser Erklärung  
geschäftsfähig und einwilligungsfähig ist. Diese Feststellungen habe ich zu Beginn des  
Gesprächs mit dem Verfasser dieser Erklärung treffen können auf Grund eines ca. 10-  
minütigen Eingangsgesprächs.

Die Nachfragen habe ich beantwortet

Satz für Satz der Erklärung wurden durchgegangen, erläutert und erklärt.-Der Verfasser  
dieser Erklärung I war in vollem Umfang einwilligungsfähig und bewusstseinsklar. Jeder  
einzelne Satz dieser Erklärung wurde ihm erläutert, erklärt und mit ihr eingehend  
besprochen.

63584 Gründau, den.....

Malte Jörg Uffeln

Rechtsanwalt /Mag.rer.publ./Mediator(DAA)

## VII.

### Rechtskraft, postmortale Vollmacht

**Diese Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht ,  
Allgemeinvollmacht und Sterbehfeverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.**

**Sämtliche im Rahmen dieser Urkunde erteilten Vollmachten gelten über meinen  
Tod hinaus- postmortal – und zwar so lange, bis ein Erbe sein Erbe  
angenommen hat.**

....., den .....

**Name und Unterschrift des Verfassers dieser Erklärung**