

## Ergänzungsblatt

zur notariellen Urkunde des Notars \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (UR-Nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_)

In Ergänzung der mit o.g. Urkunde errichteten **Vorsorgevollmacht** bestimme ich, dass die Ermächtigung auch umfasst:

- außerhalb einer freiheitsentziehenden Unterbringung die Entscheidung über ärztliche Zwangsmaßnahmen in einem Krankenhaus (§ 1906a Abs. 1 BGB) bzw. die zwangsweise Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus zum Zwecke einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (§ 1906a Abs. 4 BGB),
- die Gesundheitsfürsorge einschließlich Entscheidungen über ärztliche Behandlungen, im Falle einer ernsthaften Erkrankung auch über lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen einschließlich der Nicht-Einwilligung oder des Widerrufs der Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§ 1904 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 5 Satz 2 BGB). Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich in meiner Patientenverfügung meine Wünsche zu lebenserhaltenden oder -verlängernden Maßnahmen dargelegt habe.

Die bevollmächtigte Person ist auch befugt, Krankenunterlagen einzusehen und alle Informationen von den behandelnden Ärzten einzuholen, die hiermit von ihrer **Schweigepflicht** vollumfänglich entbunden werden.

In Ergänzung der o.g. Urkunde bestimme ich, dass die von mir errichtete **Patientenverfügung** insbesondere gilt,

1. wenn ich mich voraussichtlich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
2. wenn ich mich im vorgerückten Stadium einer unheilbaren, üblicherweise tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht,
3. wenn ich infolge einer direkten oder indirekten Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
4. wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankungen) auch mit regelmäßiger Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,
5. wenn ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins im Wachkoma liege.

Vergleichbare, unter Ziffern 1 bis 5 nicht ausdrücklich aufgeführte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. In den hier beschriebenen Situationen wünsche ich sterben zu dürfen und verlange, dass man mich sterben lässt und von lebenserhaltenden Maßnahmen absieht. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfestellung.

Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und anderer belastender Symptome.

In den hier beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, notfalls auch durch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung, falls alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten versagen; die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf;
- eine künstliche Ernährung und/oder künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung;
- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung;
- keine künstliche Beatmung bzw. die Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte; die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf;
- keine Dialyse bzw. die Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse;
- den Einsatz von Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung;
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift