

# Vertreter-Entscheidung

## für eine konkrete Krankheitssituation

### Vollmachtgeber/Betreuer:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### gesetzlicher Vertreter:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Bei meinem Betreuten/Vollmachtgeber liegen laut den behandelnden Ärzten folgende fortgeschrittene, lebensbedrohliche Erkrankungen vor:

.....

Bei akuter Verschlechterung seines Gesundheitszustandes und falls ich nicht direkt erreichbar bin, lege ich folgendes Vorgehen für die Versorgung der obengenannten Person fest, da dies seinem Willen entspricht:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verlegung ins Krankenhaus | <input type="checkbox"/> keine Verlegung           |
| <input type="checkbox"/> künstliche Beatmung       | <input type="checkbox"/> keine künstliche Beatmung |
| <input type="checkbox"/> Wiederbelebung            | <input type="checkbox"/> keine Wiederbelebung      |
| <input type="checkbox"/> künstliche Ernährung      | <input type="checkbox"/> keine Ernährung           |

..... nur palliative Versorgung und konsequente Linderung der Beschwerden

Weitere Anweisungen zur Behandlung und Versorgung, auch unabhängig von der Grundkrankheit: .....

.....

Einen zusätzliche Patientenverfügung liegt vor..... liegt **nicht** vor.....  
Dies verfüge ich nach ausführlicher Aufklärung durch den behandelnden Hausarzt.

Datum und Unterschrift  
des aufklärenden Arztes

Datum und Unterschrift  
des Bevollmächtigten/Betreuer