

# Musterschreiben

## INHALTSVERZEICHNIS

Muster-Schreiben für eine: **Christliche Patientenverfügung**

Anzahl: 1 Musterschreiben

Extra: -

## AUSFÜLLHILFE

Das Musterschreiben enthält Elemente, die von Ihnen verändert bzw. angepasst werden müssen. Die Textelemente sind durch Stichwörter oder freie Stellen gekennzeichnet. Suchen Sie im Musterschreiben nach diesen Stichwörtern bzw. Stellen und tragen dort den entsprechenden Text ein – Fertig.

## PRAXISTIPP

In vielen Fällen können wir Ihnen schnell und persönlich helfen. Unsere Rechtsanwälte beantworten Ihre Fragen direkt am Telefon, per E-Mail oder geben persönlich eine Erstberatung und Rat für die weitere Vorgehensweise. Haben Sie rechtliche Fragen oder benötigen Sie einen Rechtsbeistand, können wir Ihnen so helfen:

- Intensive Rechtsberatung „Online, Telefon, Persönlich“  
Besuchen Sie unsere Webseite: [www.pflegezentrum.de/rechtsberatung.html](http://www.pflegezentrum.de/rechtsberatung.html)
- Sofortige Rechtsberatung „Telefon“, 8:00-22:00 Uhr, jeden Tag, auch an Feiertagen  
Wählen Sie aus dem deutschen Festnetz: **0190 - 8 - 732 41 32** (1,86 Euro / Minute)

## KOSTENLOSE BERATUNG

Weitere Informationen zur privaten Alten- und Krankenpflege erhalten Sie im kostenlosen Altenpflege-Ratgeber online unter: [www.pflegezentrum.de/altenpflege/ratgeber.html](http://www.pflegezentrum.de/altenpflege/ratgeber.html)

oder durch eine Online-Beratung durch Frau Ina Seeger (AP, PDL, Heimleitung)  
[www.pflegezentrum.de/pflegeberatung.html](http://www.pflegezentrum.de/pflegeberatung.html)

Viel Erfolg wünscht Ihnen das Pflegezentrum.

## Hinweise für die Benutzung des Musterschreibens:

Dieses Musterschreiben ist ein Beispiel dafür, wie eine typische Interessenlage zwischen den teilnehmenden Parteien umgesetzt werden kann. Der Anwender soll aber im Detail prüfen, ob die entsprechenden Formulierungen tatsächlich ausreichen oder eine individuelle Überarbeitung notwendig ist. Geschieht das nicht und werden die mit „...“ versehenen Stellen nicht ausgefüllt, so gelten gesetzliche Regelungen bzw. der Vertrag wird unvollständig und kann damit unter Umständen ganz oder teilweise als nicht wirksam erklärt werden.

Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass für bestimmte Rechtserklärungen und Verträge die notarielle Beurkundung als Wirksamkeitsvoraussetzung gesetzlich vorgeschrieben ist.

Das Pflegezentrum hat dieses wie auch die weiteren Musterdokumente mit der erforderlichen Sorgfalt erstellt. Trotzdem können wir aber naturgemäß für die Auswirkungen bei der Anwendung im Einzelfall keine Haftung übernehmen.

**Zur Christliche Patientenverfügung:** Eine (Christliche) Patientenverfügung hat die Aufgabe einer vorsorglich erstellten schriftlichen Erklärung, in der die Wünsche eines Patienten zu bestimmten Krankheitssituationen enthalten sind. Dort kann z. B. eine bestimmte, zeitlich begrenzte oder keine Behandlung bei eintreffenden Krankheitssituationen gewünscht werden.

Die christlichen Kirchen lehnen es ab, über den Wert eines Menschen zu bestimmen. Deshalb bezieht sich dieses Formular ausschließlich auf Situationen, bei der lebenserhaltende Maßnahmen ohne Aussicht auf Genesung sind und das Sterben lediglich verlängern würden.

Die Christliche Patientenverfügung kann in einigen Fällen entgegen von Ihren gewünschten Vorstellungen liegen. Wenn Sie für sich selbst ergänzende Verfügungen treffen wollen, unabhängig aus welchem Anlass heraus, empfehlen wir Ihnen, eigene Bestimmungen in das Formular mit aufzunehmen. Diese trifft u.a. zu bei folgenden Ausgangssituationen:

- Organspende
- Komazustand
- Besonderen Krankheiten mit speziellen Behandlungsmethoden
- Besonderen Anforderung in der Alten- und Krankenpflege
- Zeitlichen Begrenzungen von Behandlungsmethoden
- Aktive Sterbehilfe (In Deutschland nicht erlaubt!)

**Wichtige Information:** Bitte erstellen Sie diese Verfügung jährlich neu und legen diese zu Ihren persönlichen Unterlagen. Eine Kopie mit Original-Unterschrift sollte Ihr Hausarzt für die Patientenakte und die bevollmächtigte Person erhalten.

**CHRISTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG**

Meine Personalien sind:

Vor- und Zuname: .....

Geburtsdatum: .....

Wohnhaft in .....

Telefonnummer .....

Hausarzt .....

[Redacted]

.....

.....

.....

[Redacted]

(Vor- und Zuname) .....

(wohnhaft in) .....

(Telefonnummer) .....

(Vor- und Zuname) .....

(wohnhaft in) .....

(Telefonnummer) .....

(Vor- und Zuname) .....

(wohnhaft in) .....

(Telefonnummer) .....

[Redacted]

[Redacted]



[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Ich bevollmächtige

(Vor- und Zuname) .....

(wohnhaft in) .....

(Telefonnummer) .....

(Vor- und Zuname) .....

(wohnhaft in) .....

(Telefonnummer) .....

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

(Vor- und Zuname) .....

(wohnhaft in) .....

(Telefonnummer) .....

(Vor- und Zuname) .....

(wohnhaft in) .....

(Telefonnummer) .....

[Redacted]

..... (Unterschrift und Datum)

..... (Unterschrift und Datum)

An mir sollen [Redacted]

Meine Ärzte und das Pflegepersonal bitte ich, [Redacted]

Maßnahmen zur Pflegeerleichterung wie [Redacted]

Sollte ich die Nahrungsaufnahme verweigern, [Redacted]

Ich wünsche keine [Redacted]


Ich wünsche ich mir [Redacted]

Ich wünsche ich mir [Redacted]

Ich bin mit [Redacted]

Zur Absicherung der behandelnden Ärzte [Redacted]

Ich wünsche, dass [Redacted]



Diese Willenserklärung erfolgt nach ausführlicher Beratung und Erörterung der Sachverhalte mit meinem Hausarzt und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

..... (Unterschrift und Datum)

..... (Unterschrift und Datum des Hausarztes)