

**CHRISTOPH ROLAND FOOS, LL.M.**

RECHTSANWALT & FACHANWALT FÜR ERBRECHT  
MAGISTER DER VERWALTUNGSWISSENSCHAFTEN



---

# Ergänzung (COVID-19)

zu den

# Vorsorgeverfügungen

gem. §§ 1901a ff. BGB

des / der

---

(Name des Verfügungen)

vom

---

(Datum der Verfügung)

---

Ich,

Name:

---

Geburtsdatum und Geburtsort:

---

treffe hiermit die folgenden

**Sonderbestimmungen für den Fall einer COVID-19 - Erkrankung**

zu meinen vorbezeichneten Vorsorgeverfügungen:

Mir ist bewusst, dass eine Erkrankung an COVID-19 insbesondere bei Personen mit hohem Lebensalter und Vorerkrankungen mit Atemnot einhergeht und lebensbedrohliche Auswirkungen haben kann. Bei schweren Verläufen kann durch einen Krankenhausaufenthalt mit künstlicher Beatmung die Erkrankung ggf. überstanden werden.

Für den Fall, dass ich an COVID-19 erkrankt bin und meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, erwarte ich in Ergänzung der allgemeingültigen Regelungen im Rahmen dieser Vorsorgeverfügungen für die oben beschriebene Situation einer COVID-19-Erkrankung

keine Verlegung in ein Krankenhaus

oder

eine Verlegung in ein Krankenhaus / auf eine Intensivstation und dort:

eine Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht invasive Beatmung)

oder

keine Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht invasive Beatmung)

eine Verlegung auf eine Intensivstation mit einer Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre (invasive Beatmung)

oder

keine Verlegung auf eine Intensivstation mit einer Beatmung über einen Schlauch in der Luftröhre (invasive Beatmung)

eine künstlichen Blutwäsche (Dialyse)

oder

keine künstlichen Blutwäsche (Dialyse)

die Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen

oder

keine Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen

eine adäquate Schmerz- und Symptomkontrolle, insbesondere die Linderung von Atemnot und Angst, unabhängig davon, ob ich im Fall einer COVID-19-Erkrankung in ein Krankenhaus verlegt werden oder in meiner häuslichen Umgebung verbleiben möchte und unabhängig davon, ob ich in dieser Verfügung medizinische Maßnahmen gewünscht oder abgelehnt habe. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Ich wurde bei der Erstellung dieser Verfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

oder

Ich verzichte auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Verfügung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Ergänzung zu meinen Vorsorgeverfügungen jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hier niedergelegten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür Sorge tragen, dass mein geänderter Wille zum Ausdruck kommt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe mir diesen Textvorschlag / Vordruck in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Ort / Datum:

---

Unterschrift:

---