



Psychiatrische Willenserklärung (PsyWill)

Dies ist eine Willenserklärung nach §1827 BGB.

Name und Anschrift der*des Erklärenden:

Name: _____ Geb.: _____

Straße: _____ Ort: _____

In dieser Willenserklärung gibt es zwei Möglichkeiten:

- Alle psychiatrischen Behandlungen zu verbieten. Dann bitte ausschließlich die Seiten 6 und 7 ausfüllen! Den Rest freilassen oder streichen.
- Die passende psychiatrische Behandlung zu bestimmen. In dem Falle die Seiten 1-5 ausfüllen, die Seiten 6 und 7 freilassen oder streichen.

1a) Bei jeglicher Art psychiatrischer Behandlung sind sofort folgende Personen zu informieren:

	Name	Adresse	Telefonnummer
a) 1. Vertrauensperson			
b) 2. Vertrauensperson			
c) 3. Vertrauensperson			
d) 4. Vertrauensperson			
e) 5. Vertrauensperson			
f) 6. Vertrauensperson			
ggfs. Rechtsanwält*in			

1b) Als meine*n Bevollmächtigte*n im Sinne des §1820 BGB benenne ich:

a) Name: _____ Adresse: _____

Tel: _____ Mail: _____

Diese Person hat folgende Aufgaben: Die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen gemäß §1829 BGB zu erteilen oder zu verweigern. Mich unterzubringen oder nicht unterzubringen bzw. meine Unterbringung zu beenden bzw. nicht zu beenden (§1831 BGB). Zwangsmaßnahmen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder andere Zwangsmaßnahmen (§1832 BGB) zu genehmigen oder nicht zu genehmigen. Diese Bevollmächtigung gilt nur für den Fall, dass man mir das Recht abspricht, in diesen Punkten Entscheidungen zu treffen.

Optional: Sollte die unter a) genannte Person nicht erreichbar sein (z.B. Urlaub) benenne ich ersatzweise folgende Person:

b) Name: _____ Adresse: _____

Tel: _____ Mail: _____

2) Alle natürlichen und juristischen Personen entbinde ich hiermit für den Fall meiner psychiatrischen Behandlung von ihrer Schweigepflicht gegenüber obigen Personen. Ihnen ist uneingeschränkt Auskunft und Akteneinsicht zu erteilen. Die Weitergabe meiner Daten an alle anderen Personen und Institutionen untersage ich ausdrücklich.



3) Für den Fall meiner zwangsweisen oder auch freiwilligen Unterbringung will ich in folgende Einrichtung:

a) _____

Falls hier kein Platz vorhanden ist, will ich bis zum Zeitpunkt der Verlegungsmöglichkeit in folgende Einrichtung:

b) _____

4) Auf gar keinen Fall will ich in folgende Einrichtung oder in den Zuständigkeitsbereich folgender Psychiater*innen:

a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	

5) Folgende Medikamente und Behandlungsformen schließe ich in jedem Fall aus:

	Medikament	Grund (nicht zwingend)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		
h)		

6) Folgende Medikamente, Tees und Heilmittel dürfen mir zur Verfügung gestellt werden:

	Medikament/Tee/Heilmittel	Tägliche Maximaldosis	Tageszeit der Einnahme
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			
g)			
h)			



	Maximaler Anwedungszeitraum	Zu beachten ist	Verbotene Kombinationen
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			
g)			
h)			

7) Krankenvorgeschichte, Allergien:

	Diagnose/Allergie	Ggf. Zeitpunkt
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

8) Besondere Lebensumstände, die ich im Fall psychiatrischer Behandlung beibehalten will:

a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	
g)	

9) Folgende Personen dürfen mich besuchen oder nicht besuchen:

a)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
b)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
c)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
d)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein



10) Mit folgenden Personen möchte ich per Brief/Telefon Kontakt pflegen oder nicht pflegen:

a)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
b)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
c)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
d)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

11) Sonstiges:

Z.B. Informationen über vorangegangene Selbsttötungsversuche, was sonst noch wichtig sein könnte, weitere Verfügungen, etc.

a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	
g)	

12) Für den Fall, dass ich weitere als die unter Punkt 6 zugelassenen Medikamente und Heilbehandlungen haben will, muss meine bevollmächtigte Person und mindestens eine meiner Vertrauenspersonen schriftlich zustimmen. Sollte ich keine weiteren Vertrauenspersonen eingetragen haben, genügt die Zustimmung der bevollmächtigten Person. Meine Zustimmung allein reicht nicht aus. Die unter Punkt 5 benannten Medikamente und Methoden bleiben in jedem Fall verboten.

Für den Fall, dass ich einige der unter Punkt 6 zugelassenen Medikamente und Heilbehandlungen nicht mehr haben will, muss meine bevollmächtigte Person und mindestens eine Vertrauensperson schriftlich von meiner Willensänderung informiert werden.

13) Über eine Änderung dieser Willenserklärung müssen alle Vertrauenspersonen unverzüglich schriftlich informiert werden.

14) Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift



Aktualisierung (alle 2-5 Jahre empfohlen):

1)

Ort, Datum:

Unterschrift

2)

Ort, Datum:

Unterschrift

3)

Ort, Datum:

Unterschrift

15) Unterschriften Vertrauenspersonen (siehe 1a):

Ich habe den Inhalt der Willenserklärung zur Kenntnis genommen und eine Kopie erhalten:

	Ort, Datum	Unterschrift
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		

16) Unterschrift und Stempel Rechtsanwält*in

Ort, Datum:

Unterschrift

Stempel



Psychiatrische Willenserklärung (PsyWill)

Dies ist eine Willenserklärung nach §1827 BGB.

Name und Anschrift der*des Erklärenden:

Name: _____ Geb.: _____

Straße: _____ Ort: _____

Das Fehlen der Seiten 1-5 bedeutet, dass die Seiten 6 und 7 bindend sind und als vollständige Willenserklärung angesehen werden müssen.

Ich verbiete jede Art der psychiatrischen Behandlung.

Im Detail verbiete ich:

- Die Erstellung von psychiatrischen Diagnosen. Damit sind insbesondere die ICD-10 Diagnosen F00-F99 gemeint, sowie die ICD-11 Diagnosen der Sektion 06 (mental, behavioural or neurodevelopmental disorders).
- Die Untersuchung, Begutachtung und Behandlung durch psychiatrische Fachärzt*innen. Jeglichen approbierten Mediziner*innen verbiete ich, mich hinsichtlich des Verdachts auf eine psychiatrische Erkrankung hin zu untersuchen.
- Eine Behandlung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst.
- Jegliche Form der zwangsweisen oder uninformierten Medikamentengabe.
- Die Behandlung auf einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses, einer Ambulanz oder eines Krisendienstes.
- Jede Einschränkung meiner Freiheit, insbesondere durch Einsperren auf einer psychiatrischen Station und Fixierung.
- Jede Behandlung gegen meinen geäußerten Willen.

Als meine*n Bevollmächtigte*n im Sinne des §1820 BGB benenne ich:

a) Name: _____ Adresse: _____

Tel: _____ Mail: _____

Diese Person hat folgende Aufgaben: Die Einwilligung in psychiatrische ärztliche Maßnahmen zu verweigern (§1829 BGB). Meine Unterbringung zu beenden (§1831 BGB). Zwangsmaßnahmen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder andere Zwangsmaßnahmen (§1832 BGB) nicht zu genehmigen. Diese Bevollmächtigung gilt nur für den Fall, dass man mir das Recht abspricht, in diesen Punkten Entscheidungen zu treffen. Sollte die unter a) genannte Person nicht erreichbar sein (z.B. Urlaub) benenne ich ersatzweise folgende Person:

b) Name: _____ Adresse: _____

Tel: _____ Mail: _____

Diese Vollmacht gilt nur solange, wie die Bevollmächtigten im Einklang mit den oben genannten Punkten handeln.

Alle natürlichen und juristischen Personen entbinde ich hiermit für den Fall meiner psychiatrischen Behandlung von ihrer Schweigepflicht gegenüber obigen Personen. Ihnen ist uneingeschränkt Auskunft und Akteneinsicht zu erteilen. Die Weitergabe meiner Daten an alle anderen Personen und Institutionen untersage ich ausdrücklich.

Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift



Aktualisierung (alle 2-5 Jahre empfohlen):

1)

Ort, Datum:

Unterschrift

2)

Ort, Datum:

Unterschrift

3)

Ort, Datum:

Unterschrift

Unterschrift und Stempel Rechtsanwält*in

Ort, Datum:

Unterschrift

Stempel



Erläuterung zum Vordruck

Stand 2024

Für eine ausführliche Beratung wenden Sie sich bitte an

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW

Projekt PsyWill

Herner Str. 406

44807 Bochum

Tel: 0234 58442693

oder an beratung@psywill.de

Erfahrungsberichte mit dieser Verfügung, Verbesserungsvorschläge sowie Name und Anschrift von Anwält*innen, bei denen Willenserklärung, Vorsorgevollmacht und Psychiatrisches Testament gemacht werden, können Sie gerne an diese Adresse schicken. Wir freuen uns über Rückmeldungen.

Für Menschen, die jegliche psychiatrische Behandlung ablehnen, ist ebenfalls die Patientenverfügung unter www.patverfue.de geeignet. Das vorliegende Formular ist in Anlehnung an die PatVerfü® und die Bochumer Willenserklärung von Matthias Seibt entstanden.

Allgemeines

Nichtzutreffende Abschnitte und Unterpunkte sind freizulassen. Weitere Abschnitte können eingefügt werden, wobei diese nicht im Widerspruch zu bestehenden Abschnitten stehen dürfen. Die Willenserklärung muss im "Zustand der nicht-angezweifelte Normalität" abgefasst werden. Wenn man zwangsuntergebracht wurde oder ein Betreuungsverfahren auch nur eingeleitet wurde, kann es unter Umständen zu spät sein. Auch dann sollte man eine PsyWill machen, doch eine Garantie der Wirksamkeit gibt es dann nicht.

zu 1a): Ein*e Anwält*in ist zur Abfassung dieser Willenserklärung nicht erforderlich, aber wenn man es sich leisten kann sehr ratsam. Die Willenserklärung wird von Psychiater*innen und ihren Helfer*innen dann eher beachtet.

Die richtige Auswahl der Vertrauenspersonen ist der wichtigste Punkt dieser Willenserklärung. Ohne Vertrauenspersonen ist die Willenserklärung nur ein Stück Papier.

zu 1b): Diese Möglichkeit besteht seit 1.1.99. Sie wurde mit der Betreuungsrechtsänderung vom 1.9.2009 (Einfügung der Patientenverfügung ins Betreuungsrecht) noch verbindlicher.

Die Benennung einer*s Bevollmächtigten soll verhindern, dass ein*e (Eil)betreuer*in bestellt wird. Es empfiehlt sich, eine der Vertrauenspersonen zu bevollmächtigen. Diese Person ist es, welche die Einhaltung der Willenserklärung garantieren und Gesundheitsentscheidungen treffen muss.

zu 2): Die Schweigepflichtentbindung ist unbedingt notwendig, weil nur so die Vertrauenspersonen die Einhaltung der Willenserklärung kontrollieren und Angelegenheiten des täglichen Lebens regeln können (Kinder, Haustiere, Post usw.).

zu 5): Hier empfiehlt sich, besonders brutale oder gefährliche Behandlungsformen sowie am eigenen Leib als quälend erlebte Medikamente auszuschließen. Wir persönlich halten es für unbedingt sinnvoll, Elektroschock, Insulinschock, Hirnchirurgie und Depotneuroleptika aufzuführen. Wir weisen daraufhin, dass der Elektroschock auch in der BRD ein Comeback erlebt.

Zu überlegen ist:

Ob man fixiert, d. h. ans Bett gefesselt werden möchte. Wir weisen auf die erhöhte Thrombosegefahr hin. Ob man Darreichungsformen verbieten möchte, z. B. Spritzen, flüssige Medikamente. Ob man ganze Medikamentenklassen verbieten lassen möchte, z. B. Neuroleptika, Antidepressiva, Lithiumpräparate, Tranquillizer, Opiate. Wir halten insbesondere die Klassen der Neuroleptika und der Antidepressiva für sehr gefährlich. Zum Kundigmachen empfehlen wir von Josef Zehentbauer "Chemie für die Seele". Ob man Teile einer Medikamentenklasse verbieten lassen möchte, z. B. alle hoch-potenten Neuroleptika.

Ob man alle Medikamente, die kürzer als 20 Jahre am Markt sind, verbieten lassen möchte. Bei Leponex (Clozapin) wurde die hohe Gefahr zum Teil tödlich verlaufender Agranulozytosen erst 15 Jahre nach der weltweiten Einführung bekannt. Wir erinnern daran, wie das Suchtpotential der Tranquilizer nur sehr langsam ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und erst danach ins Verschreibungsverhalten der Ärzt*innen drang.

Auch bestimmte Kombinationen kann man hier verbieten lassen, wie z. B. Lithium und Neuroleptika (möglicherweise verstärkte Gefahr der Hirnschädigung), Neuroleptika und Antidepressiva (diese Mittel wirken gegensätzlich).

Zu 6): Dürfen, nicht müssen. **Ich kann in der Willenserklärung keine Behandlung verlangen, lediglich verbieten.** Es macht jedoch Sinn, auf gut funktionierende Behandlungen und Medikamente hinzuweisen.

zu 7): Hier sollte angegeben werden: Diabetes, Suchterkrankungen, Allergien, Nierenschäden, Leberschäden, Herzschwäche, empfindliche Haut, empfindlicher Magen, Thromboseneigung.

Aber auch, welche Mittel regelmäßig in welcher Dosierung eingenommen werden (auch Alkohol, Kaffee, Nikotin, Cannabis). Das ist wichtig, weil z. B.

der radikale Tranquilizer-Entzug u. a. auch die Gefahr (tödlicher) Krämpfe mit sich bringt.

Hier sollte auch angegeben werden, was in bestimmten Situationen (Verrücktheit, Niedergeschlagenheit) in der Vergangenheit geholfen hat.

Beispiel: Unter 150 mg Neurocil schwindet meine Verrücktheit innerhalb weniger Tage. Spätestens vier Tage nach Beginn ist mit dem Absetzen zu beginnen.

Oder: Wenn ich von der Verrücktheit in die Depression kippe (kommt sehr häufig unter Neuroleptikagabe vor), auf gar keinen Fall Antidepressiva geben, sondern sofort die Neuroleptika absetzen.

Hier noch ein Beispiel ohne Chemie: Wenn ich verrückt werde, lebe ich das aus. Nach zwei bis vier Wochen verschwindet dieser Zustand wieder bei mir. Bis dahin sind meine unbequemen oder störenden Verhaltensweisen vom Anstaltspersonal zu ertragen. Wenn diese meinen, mich nicht ertragen zu können, sollen sie mich entlassen. Freiwillig habe ich die Anstalt nämlich bestimmt nicht aufgesucht.

zu 8): Ernährung, z. B. vegetarisch, Vollwertkost, kein Rind- oder Schweinefleisch, bevorzugte Getränke.

Religionsausübung, z. B. ruhiger Ort zum Beten mit Gebetsteppich und 5x am Tag Zugang dazu, Möglichkeit zum Fasten während Ramadan/Purim, Tragen religiöser Kleidungsstücke und Symbole, die Möglichkeit, zu Meditieren.

Täglicher Spaziergang, Erhaltung sozialer Kontakte, z.B.: Wenn ich verrückt werde (ausraste, draufkomme, in der Anstalt bin), hilft es mir viel mit Freund*innen zu telefonieren. Diese Möglichkeit ist mir zu geben.

Jeden Donnerstag spiele ich Basketball (gehe ich in meine Selbsthilfegruppe/ schaue ich eine Serie). Diese Gewohnheit will ich auf jeden Fall beibehalten. Zweimal die Woche gehe ich ins Kino (Theater/ Schwimmbad/ Kneipe). Wenn die erste Woche meines Klinikaufenthalts vorbei ist, will ich diese Gewohnheit wieder aufnehmen.

zu 9): Hier kann man den Besuch bestimmter Menschen, die einem in Verrücktheits- oder Niedergeschlagenheitszuständen nicht gut tun, verbieten lassen. Hier sollte man betonen, wenn man auf jeden Fall Besuch haben möchte. Manche Anstalten verbieten Besuch oder schränken ihn ein. Selbiges gilt für Post- und Telefonkontakt unter Nr. 10.

zu 11): Hier kann man sich zur Selbsttötung äußern. Wer nie einen Selbsttötungsversuch gemacht hat, sollte dies hier anmerken. Der Unterbringungsgrund Selbstgefährdung ist dann schwieriger zu unterstellen. Wer an der Selbsttötung gehindert werden möchte, kann hier angeben wie beispielsweise: Ebenerdige Unterbringung; ich möchte innerhalb der ersten 7 Tage am Verlassen der Station gehindert werden; Unterbringung im Zweibettzimmer; mindestens 30 Minuten täglich Einzelgespräch; usw. Eventuell ist es ratsam, Art und Umstände früherer Selbsttötungsversuche anzugeben.

Hier kann man darauf hinweisen, dass man z. B. bestimmte Fernsehsendungen als schädlich erlebt hat, aber nicht in der Lage war, selber darauf zu verzichten.

zu 12 und 13): Diese Abschnitte sind leider nötig, weil das Personal psychiatrischer Anstalten sehr häufig versucht, Menschen zu etwas zu überreden, was diese nicht wollen. Z. B. ist uns von Ärzt*innen einer in Fachkreisen renommierten Universitätsanstalt bekannt geworden, dass sie die Schuldgefühle und Selbstbestrafungstendenzen eines schwer "depressiven" Menschen benutzt haben, seine Einwilligung zum Elektroschock zu erhalten.

zu 14): Es empfiehlt sich, hier alle zwei, spätestens alle fünf Jahre neu zu unterschreiben. In dieser Zeitspanne haben sich eventuell auch die Vertrauenspersonen geändert. Die Willenserklärung wird nicht ungültig, aber leichter anfechtbar.