

# DIE PATIENTENVERFÜGUNG

von

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon

## 1. MEINE WÜNSCHE UND WERTE, MEIN LEBENSBIOD

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

### Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. SITUATIONEN, IN DENEN DIESE VERFÜGUNG GELTEN SOLL

Bitte kreuzen Sie diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärz-

tinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll. Es sollen dabei aber nur Situationen beschrieben werden, die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können.)*

### 3. FESTLEGUNG ZU EINLEITUNG, UMFANG ODER BEENDIGUNG BESTIMMTER MEDIZINISCHER MASSNAHMEN

#### 3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

dass alle medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

**oder**  dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

#### 3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

**oder**  wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

#### 3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

**oder**  die Unterlassung einer künstlichen Ernährung.

dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung).

eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.

### 3.4 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- 

### 3.5 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
- 

### 3.6 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung).
- 

### 3.7 Blutersatzprodukte

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen (außer zur Beschwerdelinderung).
- 

### 3.8 Kreislaufstabilisierende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten (außer zur Beschwerdelinderung).
- 

### 3.9 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder**  die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung für den Fall, dass ein Notarzt hinzugezogen wird, dass dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

### 3.10 Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. **oder**  Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. **oder**  gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

---

### 3.11 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:

---

---

---

---

---

## 4. AUFENTHALT UND BEGLEITUNG

Ich den unter 2. beschriebenen Situationen möchte ich

- wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.
- ins Krankenhaus verlegt werden.

von folgenden Personen begleitet werden:

---

---

---

---

- seelsorgliche Begleitung erhalten.
- das Sakrament der Krankensalbung empfangen.

### Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

---

---

---

---

---

---

## 5. VERBINDLICHKEIT UND WIDERRUF

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Willens befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein Betreuer Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Willens zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

Im Falle, dass der behandelnde Arzt und mein Bevollmächtigter sich über meinen mutmaßlichen Willens nicht einig sind, erwarte ich von meinem Bevollmächtigten bzw. meinem Betreuer, dass er das Betreuungsgericht einschaltet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

### Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit dem/der/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

oder

Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt.

oder

Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.

Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

**oder**

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch

## 6. AUFKLÄRUNG

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

**oder**

Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

## 7. UNTERSCHRIFT

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 diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Bei der Erstellung wurde ich beraten von \_\_\_\_\_  
(Angaben nicht erforderlich).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Bestätigung durch einen Zeugen/eine Zeugin:** (Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 8. HINTERLEGUNG UND REGELMÄSSIGE AUFRECHTERHALTUNG

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

### **Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.**

(Wenn ich meine Patientenverfügung nicht in regelmäßigen Abständen bestätigt habe, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)

#### **1. Bestätigung**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **2. Bestätigung**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **3. Bestätigung**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **4. Bestätigung**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **5. Bestätigung**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **6. Bestätigung**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift