

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich, .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:**

Zutreffendes bitte  
ankreuzen

## Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen
  - aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
  - aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist und dieser Zustand über einen Zeitraum von ..... (z. B. einem Jahr) besteht.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, 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 äußerst unwahrscheinlich ist.

- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

- .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

## In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden gerichtet sein. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.



**In allen beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere auch in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:**

- Wiederbelebnungsmaßnahmen sollen unterlassen werden.
- Lebenserhaltende Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden, sollen unterlassen oder beendet werden.
- Wenn möglich, sollen in Notsituationen mein Hausarzt oder der hausärztliche Notdienst 116 117 gerufen werden.
- Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant zu Hause nicht durchgeführt werden können.
- Wenn möglich, möchte ich zu Hause bleiben können und hier die notwendige Pflege erhalten. Wenn ich nicht zu Hause bleiben kann, möchte ich in folgende/s Krankenhaus / Hospiz / Pflegeeinrichtung eingeliefert werden:

.....

- Es soll keine künstliche Ernährung (z. B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, noch über die Venen) erfolgen. Hunger soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
- Durstgefühl soll auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme und Befeuchtung der Mundschleimhäute. Künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden um Wassereinlagerungen zu vermeiden und den Sterbeprozess nicht zu behindern.
- Auf künstliche Beatmung soll verzichtet werden, aber Medikamente zur Linderung von Atemnot sollen verabreicht werden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- Es soll keine Dialyse durchgeführt werden bzw. eine schon eingeleitete Dialyse soll eingestellt werden.
- Es sollen keine Antibiotika mehr verabreicht werden.
- Auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll verzichtet werden.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

**Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.**

Ja  Nein

.....  
(Name des/der Bevollmächtigten)

.....  
(Adresse)

.....  
(Telefon) (Telefax/E-Mail)

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja  Nein



Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Ja  Nein

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können.

Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Ja  Nein

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

**oder**

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.  
(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

### Ich wünsche eine Begleitung

- durch .....  
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)
- durch Seelsorge .....
- durch Hospizdienst .....

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die nicht in dieser Patientenverfügung geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur dienen.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum.....Unterschrift



Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht zwingend vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. ei ne Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name .....

Anschrift .....

Telefon.....Telefax/E-Mail .....

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von\*

Name.....Anschrift.....

Ort, Datum ..... Unterschrift der/des Beratenden

\* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße:.....

Wohnort:.....

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße:.....

Wohnort:.....

