



# Patientenverfügung

In der Patientenverfügung können Sie für den Fall, dass Sie in Folge Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, Ihre gesundheitlichen Angelegenheiten zu besorgen, Vorsorge dafür treffen, ob und wie eine medizinische Behandlung erfolgt. Sie **selbst entscheiden** somit im Vorhinein über die Behandlung. Eine wirksame Patientenverfügung setzt voraus, dass hier sowohl die Krankheitszustände als auch Ihr Wille konkret beschrieben werden. Der Geltungsbereich einer Patientenverfügung birgt Risiken, wenn die getroffenen Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Wenn der Wille der Patientin|des Patienten nicht eindeutig und sicher festgestellt werden kann, dient die Patientenverfügung dazu mit Hilfe von bevollmächtigten Betreuern oder dem Betreuungsgericht den mutmaßlichen Patientenwillen festzustellen.

Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung mit dem Hausarzt zu besprechen, um den konkreten Willen bezogen auf den Behandlungsfall möglichst konkret beschreiben zu können

# Patientenverfügung

Ich, ☐ Frau ☐ Herr

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Vorname             | Nachname   |
| Straße   Hausnummer |            |
| PLZ   Ort           |            |
| Telefon             | Mobil      |
| Fax                 | Mail       |
| Geburtsdatum        | Geburtsort |

**habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.**

**Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, bestimme ich, dass ich in Würde sterben möchte. Dies soll für folgende Situation(en) gelten:**

- ☐ 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 ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen 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 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 unwahrscheinlich ist.

- ☐ wenn ich infolge eines 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
- ☐ wenn die nachfolgend genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung der Anwendung):

**Anmerkung:** Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1829 Abs. 2 i.V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

- ☐ Sollte ein nicht ausdrücklich genannter, mit den vorbezeichneten Situationen vergleichbarer Lebenszustand eintreten, so wünsche ich ein diesem Lebenszustand angepasstes Vorgehen.

#### **Festlegung zu bestimmten medizinischen Maßnahmen:**

- ☐ Unter den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situationen wünsche ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.
- ☐ Unter den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situationen sollen Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.
- ☐ Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,
- ☐ aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.
- ☐ 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.
- ☐ Weiterhin wünsche ich in den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situationen, dass eine künstliche Ernährung und|oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt|erfolgen.
- ☐ Auch soll der Versuch der Wiederbelebung in der|den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en) unterlassen werden und eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.
- ☐ Nicht nur in der|den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en), sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

☐ In der|den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en) wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

☐ In der|den oben beschriebenen und gekennzeichneten Situation(en) wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird, Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung gegeben werden und die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.

**Mit folgenden Ausführungen möchte ich eine Hilfestellung zum Verständnis meiner vorstehenden Patientenverfügung machen:**

**Anmerkung:** Wir empfehlen Ihnen an dieser Stelle Ihre persönlichen Vorstellungen zu einem lebenswerten Leben darzustellen, z.B. religiöse Anschauung oder Erwartungen bezüglich der eigenen Lebensgestaltung im Falle einer eingeschränkten Lebensfähigkeit

## Ich möchte

- ☐ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- ☐ wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ☐ wenn möglich in einem Hospiz sterben.
- ☐ Beistand durch folgende Personen:

|         |          |
|---------|----------|
| Vorname | Nachname |
| Vorname | Nachname |

- ☐ Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

|  |
|--|
|  |
|--|

- ☐ hospizlichen Beistand.

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

|         |          |
|---------|----------|
| Vorname | Nachname |
| Vorname | Nachname |
| Vorname | Nachname |

## Angaben zur Organspende

- ☐ Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Diese geht den Bestimmungen zur Patientenverfügung vor.
- ☐ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Diese Zustimmung geht den Bestimmungen zur Patientenverfügung vor.
  - ☐ Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods 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 Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.
  - ☐ Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.
- ☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach dem Tod zu Transplantationszwecken ab.

**Ich lege folgende Unterlagen zu meiner Patientenverfügung bei, die ich für wichtig erachte:**

**Anmerkung:** Bitte Schriftstücke angeben

**Sofern dieser Patientenverfügung gesondert ergänzende Erläuterungen, Erklärungen oder Angaben zu Krankheiten oder sonstigen Lebensumständen beigelegt sind, sollen diese Bestandteil dieser Patientenverfügung sein.**

- ☐ Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreterin|mein Vertreter – z. B. Bevollmächtigte|Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin|Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- ☐ Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und|oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin|meinem Vertreter – z. B. Bevollmächtigte|Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin|Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – erwarte ich, dass sie|er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

☐ In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche|pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- ☐ meiner|meinem Bevollmächtigten, meiner Betreuerin|meinem Betreuer.
- ☐ der behandelnden Ärztin|dem behandelnden Arzt.
- ☐ folgender anderer Person:

|         |          |
|---------|----------|
| Vorname | Nachname |
|---------|----------|

☐ 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 oder das Behandlungsteam oder meine Bevollmächtigte|mein Bevollmächtigter oder meine Betreuerin|mein Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen 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 meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- ☐ meiner|meinem Bevollmächtigten. meiner Betreuerin|meinem Betreuer.
- ☐ der behandelnden Ärztin|dem behandelnden Arzt.
- ☐ folgender anderer Person:

|         |          |
|---------|----------|
| Vorname | Nachname |
|---------|----------|

## Erklärung zu weiteren Verfügungen

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine notarielle Generalvollmacht erteilt an:

☐ Frau ☐ Herr

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Vorname             | Nachname   |
| Straße   Hausnummer |            |
| PLZ   Ort           |            |
| Telefon             | Mobil      |
| Fax                 | Mail       |
| Geburtsdatum        | Geburtsort |

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person:

☐ Frau ☐ Herr

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Vorname             | Nachname   |
| Straße   Hausnummer |            |
| PLZ   Ort           |            |
| Telefon             | Mobil      |
| Fax                 | Mail       |
| Geburtsdatum        | Geburtsort |



☐ Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt. Gewünschte|r Betreuerin|Betreuer

☐ Frau ☐ Herr

|         |          |
|---------|----------|
| Vorname | Nachname |
|---------|----------|

|                     |
|---------------------|
| Straße   Hausnummer |
|---------------------|

|           |
|-----------|
| PLZ   Ort |
|-----------|

|         |       |
|---------|-------|
| Telefon | Mobil |
|---------|-------|

|     |      |
|-----|------|
| Fax | Mail |
|-----|------|

|              |            |
|--------------|------------|
| Geburtsdatum | Geburtsort |
|--------------|------------|

☐ Ich habe zusätzlich eine Verfügung zum Vertretungsrecht für Eheleute getroffen.

Ich bin mit der Vertretung

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

### Ärztin|Arzt meines Vertrauens

☐ Frau ☐ Herr

|         |          |
|---------|----------|
| Vorname | Nachname |
|---------|----------|

|                     |
|---------------------|
| Straße   Hausnummer |
|---------------------|

|           |
|-----------|
| PLZ   Ort |
|-----------|

|         |       |
|---------|-------|
| Telefon | Mobil |
|---------|-------|

|     |      |
|-----|------|
| Fax | Mail |
|-----|------|

## Beratung

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

☐

Frau

☐

Herr

Vorname

Nachname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon

Mail

## Aktualisierung

☐

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

☐

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von  (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

## Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort | Datum

Unterschrift

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):

Ort | Datum

Unterschrift

Ort | Datum

Unterschrift

Ort | Datum

Unterschrift

Ort | Datum

Unterschrift

**Falls die vorstehende Person nicht zur Betreuerin|zum Betreuer bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:**

☐ Frau ☐ Herr

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Vorname             | Nachname   |
| Straße   Hausnummer |            |
| PLZ   Ort           |            |
| Telefon             | Mobil      |
| Fax                 | Mail       |
| Geburtsdatum        | Geburtsort |

**Auf keinen Fall soll zur Betreuerin zum Betreuer bestellt werden:**

☐ Frau ☐ Herr

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Vorname             | Nachname   |
| Straße   Hausnummer |            |
| PLZ   Ort           |            |
| Telefon             | Mobil      |
| Fax                 | Mail       |
| Geburtsdatum        | Geburtsort |

**Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin|den Betreuer habe ich folgende Wünsche:**

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.

2.

3.

Ich habe zusätzlich eine Verfügung zum Vertretungsrecht für Eheleute getroffen.

Ich bin mit der Vertretung ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

**Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.**

|             |              |
|-------------|--------------|
| Ort   Datum | Unterschrift |
|-------------|--------------|

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner **Betreuungsverfügung** überprüft habe und sich **mein Wille nicht geändert** hat:

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):

|             |              |
|-------------|--------------|
| Ort   Datum | Unterschrift |
| Ort   Datum | Unterschrift |
| Ort   Datum | Unterschrift |
| Ort   Datum | Unterschrift |