

# Patientenverfügung\*

von

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_  
wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich hiermit:

## Diese Verfügung soll in folgenden Situationen 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 und ist
- wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten oder Entscheidungen zu treffen, offenbar dauerhaft verloren habe  
Es ist dabei ohne Belang für mich, ob die Gehirnschädigung direkt (wie durch Unfall, Schlaganfall / Hirnblutung oder durch Entzündung / Infektion) oder indirekt (wie nach Wiederbelebensmaßnahmen durch mehr oder weniger langen Sauerstoffmangel) zustandekam. Diese Verfügung soll auch gelten, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar oder wenn die Irreversibilität des Prozesses noch nicht exakt definiert ist, wenn ich mich also in einem Koma oder in einem wachkoma-ähnlichen Zustand befinde, selbst wenn das unwahrscheinlichste geschähe: ich würde vielleicht nach Monaten oder Jahren wieder mehr oder weniger erwachen.
- wenn ich durch Hirnabbauprozesse (z.B. bei Demenz, Alzheimer-Erkrankung) nicht mehr in der Lage bin, selbständig zu essen und zu trinken, auch nicht mit Hilfestellung.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\* modifiziert nach den Empfehlungen und Formulierungshilfen des Bundesministeriums der Justiz

- Diese Patientenverfügung soll außerdem gelten, wenn .....

-----

- Sie soll nicht gelten, wenn .....

-----

### **Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern
- dass alle lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen unterlassen werden  
Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.  
Ich wünsche lediglich das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

### **Wiederbelebungsmaßnahmen**

In den oben genannten Situationen und darüber hinaus bei jedem Eintreten eines Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens wünsche ich

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung
- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung
- keine Verständigung eines Notarztes bzw. bei einem ggf. hinzugezogenen Notarzt dessen Information über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, sofern sie medizinisch erforderlich ist
- keinesfalls eine künstliche Beatmung; eine schon eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden. Um nicht Luftnot zu bekommen, beanspruche ich Medikamente zur Linderung derselben und nehme in Kauf, wenn diese zu einer Lebensverkürzung führen sollten.

## **Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), sofern sie medizinisch erforderlich ist
- keine Dialysebehandlung; eine schon eingeleitete soll beendet werden

## **Künstliche Ernährung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird
- dass keine künstliche Ernährung erfolgt, unabhängig davon, ob die Nahrung über eine Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke (PEG) oder über die Venen zugeführt wird. Ich bin gegen jedwede Zwangsernährung.

## **Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr
- die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Blut und Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- bei Erfordernis die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen
- keinesfalls Blut oder Blutbestandteile zu erhalten

## Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- beim Auftreten einer Infektion, beispielsweise einer Lungenentzündung, in jedem Fall die Gabe von Antibiotika
- auch beim Auftreten einer Infektion keine Antibiotikazufuhr, um mein Leben nicht unnötig zu verlängern

## Behandlung meiner Schmerzen

In den oben beschriebenen Situationen sollen meine Schmerzen behandelt werden,

- ich wünsche dazu aber keine Mittel, die mein Bewusstsein dämpfen
- besteht jedoch keine andere Möglichkeit der Schmerzlinderung, bin ich mit dem Einsatz von Mitteln einverstanden, die mein Bewusstsein dämpfen
- ich nehme in Kauf, wenn diese Mittel zu einer Verkürzung meiner Lebenszeit führen sollten

## Wünsche zum Ort der Behandlung und zum Beistand

Ich möchte, wenn das möglich ist,

- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt bzw. eingewiesen werden
- zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben
- in einem Hospiz sterben

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich wünsche mir

- den Beistand folgender Personen \_\_\_\_\_
- seelsorgerischen Beistand durch \_\_\_\_\_
- hospizlichen Beistand

### **Aussagen zur Verbindlichkeit und zur Auslegung**

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein Bevollmächtigter (bzw. Betreuer) soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille respektiert und erfüllt wird.

Ich wünsche nicht, dass mir unter den gegebenen Umständen der Entscheidungsunfähigkeit unterstellt wird, mein hier bekundeter Wille könnte sich womöglich geändert haben.

Besonderen Wert lege ich auf die Feststellung, dass in Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht genügend konkret angegeben sind, mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln ist. Dafür soll meine Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche oder pflegerische Maßnahmen liegt bei

- meiner / meinem Bevollmächtigten
- meiner Betreuerin / meinem Betreuer
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt

### **Hinweis auf weitere Vorsorgeverfügungen**

Zusätzlich zur Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht für verschiedene Aufgabenbereiche erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

(Gegebenenfalls besteht noch eine zusätzliche Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers.)

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Schlussbemerkungen

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung ausführlich informiert und beraten lassen bei / durch.....

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

## Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau .....  
wurde von mir am ..... bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung ausführlich aufgeklärt.

Er / sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum .....  
Unterschrift .....  
Arztstempel .....

## Aktualisierung

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

• .....  
• .....

Datum .....      Unterschrift .....

Datum .....      Unterschrift .....