

# Patientenverfügung

Ich \_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname)

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

errichte hiermit eine Patientenverfügung.

## 1. Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Lebensende

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Bestimmung des Anwendungszeitpunktes

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgenden Fall:

	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 Fähigkeiten, 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 sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen oder fortgeschrittene Hirnabbauprozesse ebenso wie für indirekte Gehirnschädigungen, 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 ab Eintritt eines Komas oder Wachkomas mehr als ..... Monate ohne nachweisbare Besserung meines Zustandes vergangen sind.
	Eigene Beschreibung für Anwendungssituationen:

---

---

---

---

---

### 3. Einzelne Verfügungen zu den medizinischen Maßnahmen

In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliche Leiden unnötig verlängern würden. Die medizinische Behandlung soll sich auf die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome beschränken.	oder	dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen.	oder	bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.
dass Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich möchte keine künstliche Ernährung.	oder	dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Wege auch mit Unterstützung nicht mehr möglich ist.
die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr.	oder	eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, wenn die Flüssigkeitsaufnahme auf natürlichem Wege nicht mehr möglich ist.
die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.		.
keine Wiederbelebensmaßnahmen.	oder	in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung
dass ein/e Notarzt/-ärztin nicht verständigt wird bzw. dass er/sie bei Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelegungsmaßnahmen informiert wird.		
keine künstliche Beatmung, 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.	oder	eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert.
keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.	oder	die Gabe von Antibiotika.
keine Bluttransfusion.	oder	eine Bluttransfusion oder Dialyse (Blutwäsche), falls dies mein Leben verlängert.
dass keine Dialyse (Blutwäsche) durchgeführt		

<input type="checkbox"/>	wird bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### 4. Organspende

<input type="checkbox"/>	Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.	oder	<input type="checkbox"/>	Ich gestatte keine Organ- oder Gewebeentnahme.
<input type="checkbox"/>	Ich besitze einen persönlichen Organspendeausweis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Persönliche Ergänzungen zu gewollten oder abgelehnten Maßnahmen (z. B. zur weiteren Behandlung schon bestehender Erkrankungen, Gabe von Medikamenten, etc.):

---



---



---



---



---



---



---

#### 5. Aufenthaltsort und persönlicher Beistand

Ich möchte

<input type="checkbox"/>	wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
<input type="checkbox"/>	in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.
<input type="checkbox"/>	zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
<input type="checkbox"/>	wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

Ich wünsche

<input type="checkbox"/>	Beistand durch folgende Person/en:
--------------------------	------------------------------------

---

<input type="checkbox"/>	Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:
--------------------------	---

---



---

<input type="checkbox"/>	hospizlichen Beistand.
--------------------------	------------------------

## 6. Durchsetzung des hier niedergelegten Willens durch eine bevollmächtigte Person

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Ich wünsche, dass eine von mir bevollmächtigte Person für dessen Durchsetzung Sorge trägt.

<input type="checkbox"/>	Ich habe deshalb im Anschluss an diese Verfügung eine Vollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.
<input type="checkbox"/>	Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt. Die darin mit der Gesundheitsorge betraute Person soll mich auch im Hinblick auf die Patientenverfügung vertreten. Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.
<input type="checkbox"/>	Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt. Sie/Er soll auch für die Durchsetzung der Patientenverfügung sorgen.

Gewünschte Betreuerin/gewünschter Betreuer:

**Name:**

\_\_\_\_\_

**Wohnhaft:**

\_\_\_\_\_

**Telefon:**

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Betreuungsverfügung / Vollmachten erteilt.
--------------------------	---

## 7. Abschließende Erklärung zur Verbindlichkeit

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dazu soll diese Verfügung maßgeblich sein. Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ich wünsche, dass mir in keiner Situation eine mutmaßliche Änderung meines hier bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht schriftlich, nachweislich mündlich oder durch andere Äußerungen (Gesten, Blicke) eindeutig widerrufen habe.

Sollte ich an einer schleichend verlaufenden Gehirnabbauerkrankung (Demenz, Alzheimer-Krankheit oder vergleichbare Erkrankung) leiden und in diesem Zustand diese Patientenverfügung befragt oder unbefragt widerrufen, so verlange ich durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der Neurologie/Psychiatrie gutachterlich

feststellen zu lassen, dass ich aller Wahrscheinlichkeit die für diesen Widerruf notwendige Einsichtsfähigkeit noch besitze. Kann dies nicht mit aller Sicherheit festgestellt werden, so will ich, dass meine Patientenverfügung in ihren Aussagen nicht angezweifelt wird.

---

**Ort, Datum Unterschrift des/der Verfügenden**

**Verlängerung der Patientenverfügung**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ weiterhin Gültigkeit haben soll.

Bestätigung

Bestätigung

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Unterschrift

Bestätigung

Bestätigung

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Unterschrift

Bestätigung

Bestätigung

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Unterschrift

Bestätigung

Bestätigung

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Unterschrift