

# Patientenverfügung



## Meine Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Wohnort

**Ich möchte, dass meine angekreuzten Anweisungen auf den folgenden Seiten umgesetzt werden, wenn ich:**

- nicht mehr klar denken oder meinen Willen verständlich äußern kann und
- in einer der auf dieser Seite angekreuzten Situationen bin:

- 1 Ich befinde mich mit hoher Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren und unmittelbaren Sterbeprozess.
- 2 Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit. Die folgenden Anweisungen gelten in diesem Fall auch dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- 3 In Folge einer Gehirnschädigung (z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder nach Wiederbelebung, Schock, Lungenversagen) ist meine Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren und der Zustand, in dem ich mich jetzt befinde, dauert bereits seit über 2 Wochen / einem Monat / einem halben Jahr / ..... an (nicht Zutreffendes bitte streichen!).  
Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- 4 Aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. einer Demenzerkrankung) kann ich keine Nahrung und Flüssigkeit, auch mit ausdauernder Hilfestellung, auf natürliche Weise aufnehmen.
- 5 Ich befinde mich in folgendem Gesundheitszustand:
- 6 Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte, Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

# Ich wünsche die Umsetzung meines Willens, wenn eine der auf Seite „1“ genannten Situationen eingetreten ist.

Die gewünschten Maßnahmen habe ich angekreuzt, die nicht zutreffenden Punkte habe ich zusätzlich ausgestrichen!

## Wiederbelebung

In den auf Seite „1“ markierten Situationen wünsche ich, dass keine Wiederbelebung versucht wird.

## Leidens-/Sterbeverlängerung

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich, dass auf Maßnahmen verzichtet wird, die nur noch eine Leidens- und Sterbeverlängerung bedeuten würden.

## Künstliche Beatmung

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich, dass eine künstliche Beatmung unterlassen wird: wenn sie im Notfall begonnen wurde, soll sie also nicht fortgeführt werden. In jedem Fall wünsche ich aber, dass eine vorhandene Atemnot durch Medikamente gelindert wird. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer unbeabsichtigten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

## Schmerz- und Symptombehandlung

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich in jedem Fall eine, den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende, ausreichende Schmerztherapie und ganzheitliche Behandlung, die meine körperlichen und seelischen Bedürfnisse berücksichtigt. Es ist grundsätzlich ein Arzt zu informieren, wenn bei mir ein Schmerzempfinden erkennbar ist. Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung und andere mich belastende Zustände sollen auf jeden Fall behandelt werden. Sollte die notwendige Menge eines Schmerzmittels zur Eintrübung meines Bewusstseins oder zu einer Verkürzung meiner Lebenszeit führen, nehme ich dies in Kauf.

## Dialyse

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

## Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Flüssigkeitszufuhr. Wenn Anzeichen von Durst festgestellt werden können, z. B., wenn ich an einem feuchten Tuch an den Lippen sauge, wünsche ich, das Durstgefühl auf natürliche Weise zu stillen, z. B. durch Befeuchtung der Mundschleimhäute.

## Künstliche Ernährung

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Art der Zuführung (z. B. Magensonde durch die Nase oder Bauchdecke oder über die Venen), erfolgt.

## Blut und Blutbestandteile

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich, dass auf die Gabe von Blut und Blutbestandteilen verzichtet wird.

## Antibiotika

In den auf Seite „1“ beschriebenen Situationen wünsche ich, dass mit der Gabe von Antibiotika nicht begonnen oder eine schon eingeleitete Antibiotikatherapie abgebrochen wird. Anderweitige fiebersenkende Maßnahmen sollen hingegen auf jeden Fall ergriffen werden.

.....

.....

.....

## Organspende\*

Ich möchte meine Organe nicht spenden.

Ich besitze einen Organspenderausweis und habe darin meine Bereitschaft zur Entnahme meiner Organe erklärt.

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

Wenn eine Maßnahme zur Verbesserung oder Sicherung meiner Lebensqualität ergriffen wurde, muss diese regelmäßig nach 3-5 Tagen auf ihren Nutzen überprüft und im Falle ihrer eingetretenen Nutzlosigkeit beendet werden.

**In jedem Fall erwarte ich eine umfassende fürsorgliche Zuwendung sowie eine fachgerechte medizinische Versorgung und Pflege (Palliative Care) und die Stillung von Hunger und Durst auf natürliche Weise.**

## Falls mein mutmaßlicher Wille ermittelt werden muss, nenne ich hier meine ethischen und religiösen Überzeugungen und meine persönlichen Wertevorstellungen:

(z. B. zu folgenden Themen: Wie schaue ich auf mein Leben? Welche Einstellung habe ich zum Leben und zum Tod und was resultiert daraus? Wäre der Tod für mich bereits jetzt unter entsprechenden Umständen akzeptabel? Was war mir in meinem Leben immer besonders wichtig? Was wünsche ich mir für mein Lebensende oder in einer schweren Krankheitsphase am meisten? Wovor fürchte ich mich am meisten?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich freiwillig beraten lassen von

Name des Beraters/der Beraterin

## Mein Hausarzt/meine Hausärztin (oder Arzt/Ärztin meines Vertrauens)

Name/Vorname

Adresse

Telefon

Sollte 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:

**1.**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

**2.**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

### Bei Verhinderung der o.g. Personen:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

### Folgende Person soll nicht zu Rate gezogen werden:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

## Spirituelles Testament

**1** Ich gehöre einer Religionsgemeinschaft / Kirche an:

JA  NEIN

Wenn JA, welcher: .....

**2** Folgende Personen meiner Religionsgemeinschaft / Kirche sollen über meine Krankheit und mein Sterben informiert werden:

**3** Ich wünsche mir folgenden Beistand und spirituelle Begleitung durch einen Seelsorger, einen Priester, Rabbi, Mitglied der Religionsgemeinschaft oder sonstige Person(en):

durch Gespräche, die Feier der Krankensalbung und der Versöhnung, das Abendmahl, die Kommunion, das Vorlesen heiliger Schriften, Gebete, gemeinsame Meditation oder bestimmte Rituale:

**4** Ich wünsche mir folgende religiöse Symbole im Raum (z. B. Kreuz, Statuen, Rosenkranz, Bilder):

**5** Wenn ich nicht mehr bei Bewusstsein bin, sollen folgende Gebete, Texte, wichtige Sätze, Musik an meinem Bett gesprochen/gespielt werden:

**6** Mir ist bewusst, dass Unruhe zum Sterbeprozess dazu gehören kann. Ich bitte, auf sedierende Maßnahmen in dieser Phase möglichst zu verzichten, um (wenn auch nicht nach außen sichtbar) diesen Lebensabschnitt so bewusst als möglich zu erleben.

JA  NEIN

7 Wenn ich im Sterben bin – und im Moment des Todes – ist mir folgende Handlung wichtig:

.....  
.....

8 Folgende Rituale sollen nach meinem Tod an meinem Bett vollzogen werden:  
(welche, wie, durch wen, wann und wie lange)

.....  
.....

9 Zusätzliche Anmerkungen und Wünsche:

.....  
.....

**Dies sind meine Wünsche und ich vertraue, dass sie so weit wie möglich berücksichtigt werden.  
Es ist auch in Ordnung, wenn die Dinge anders geschehen.**

## Unterschrift des/der Verfügenden

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille, möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung maßgeblich sein.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte und Ärztinnen untereinander sowie gegenüber meinen Vertrauenspersonen und Bevollmächtigten/meinem Betreuer von der Schweigepflicht. Sie dürfen über meinen Gesundheitszustand und über meine Wünsche und Vorstellungen Auskunft geben, wenn dies zur Klärung meines mutmaßlichen Willens in nicht klar festgelegten Situationen oder bei sonstigen bestehenden Zweifeln erforderlich sein sollte.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Mir ist die Möglichkeit einer Änderung oder eines Widerrufs der Patientenverfügung bekannt. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollten wegen bestimmter Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Zweifel aufkommen, ob ich in einer aktuellen Situation nicht doch noch behandelt werden möchte, soll im Konsens aller Beteiligten ermittelt werden, ob die Festlegungen in der Verfügung noch meinem Willen entsprechen. Auf jeden Fall aber hat die Erkundung meines aktuellen Willens zusammen mit meinen Bevollmächtigten oder meinem Betreuer zu erfolgen.

**Wichtig: Patientenverfügungen oder die Ausfertigung einer notariellen Vollmacht müssen immer im Original vorgelegt werden!**

.....  
Ort/Datum Unterschrift des/der Verfügenden

## Freiwillige Angaben

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Gesundheits- oder Generalvollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den Bevollmächtigten besprochen.

JA  NEIN

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

JA  NEIN

**Name und Bestätigung der auf Seite 4 genannten Vertrauensperson/en:**

**1 Ich bestätige hiermit mit meiner Unterschrift, von dieser Patientenverfügung Kenntnis genommen zu haben.**

.....  
Ort/Datum Name/Vorname Unterschrift

**2 Ich bestätige hiermit mit meiner Unterschrift, von dieser Patientenverfügung Kenntnis genommen zu haben.**

.....  
Ort/Datum Name/Vorname Unterschrift

**3 Ich bestätige hiermit mit meiner Unterschrift, von dieser Patientenverfügung Kenntnis genommen zu haben.**

.....  
Ort/Datum Name/Vorname Unterschrift

## 1. Aktualisierung der Patientenverfügung

Zur Bekräftigung meines in der Patientenverfügung niedergelegten Willens, bestätige ich diesen hiermit



in vollem Umfang oder  
mit u.g. Änderungen:

Ort/Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

## 2. Aktualisierung der Patientenverfügung

Zur Bekräftigung meines in der Patientenverfügung niedergelegten Willens, bestätige ich diesen hiermit



in vollem Umfang oder  
mit u.g. Änderungen:

Ort/Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

## 3. Aktualisierung der Patientenverfügung

Zur Bekräftigung meines in der Patientenverfügung niedergelegten Willens, bestätige ich diesen hiermit



in vollem Umfang oder  
mit u.g. Änderungen:

Ort/Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

## Folgende Änderung(en) möchte ich einfügen

Änderung

Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Änderung

Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Änderung

Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Änderung

Datum

Unterschrift des/der Verfügenden