

# Patientenverfügung



von ..... Vorname ..... Nachname ..... Geburtsdatum .....

..... PLZ, Wohnort ..... Straße, Haus-Nr. ..... Telefon .....

## 1. Motivation für das Verfassen dieser Patientenverfügung – meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen nach meinen Verfügungen und Werten richten. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

**Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben, ggf. aktuell bekannte Erkrankungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(Sollte der Platz nicht ausreichen, empfehlen wir Ihnen eine Ergänzung auf einem Beiblatt mit Unterschrift.)*

## 2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

*(Bitte kreuzen Sie all diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.)*

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

mich im Endstadium eines unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

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 Entzündungen, 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.

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

- mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- von einer Vielzahl von Krankheiten betroffen bin, die für sich genommen nicht lebensbedrohlich sind, aber in der Summation (Multimorbidität) einen Heilungsprozess unmöglich erscheinen lassen.

 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

*(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll und die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können. Z.B. ein weit fortgeschrittenes Stadium von Amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), einer Herzinsuffizienz oder immer in jeder Behandlungssituation, unabhängig vom Gesundheitszustand.)*

### 3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

#### 3.1 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung (Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen) und nehme die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf,

- aber keine gezielte Sedierung zum Zweck der Leidenslinderung (Dämmer-schlaf), da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.
- oder**  wenn alle sonstigen medizinischen Mög-lichkeiten versagen, auch eine gezielte Se-dierung zum Zweck der Leidenslinderung (Dämmer-schlaf).

#### 3.2 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass eine künstliche Ernährung begon-nen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- oder**  die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Ernäh-rung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene.
- dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- oder**  die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Flüssig-keitszufuhr, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke, die Vene oder unter die Haut.

Eine medizinische Basisbetreuung, die allen Patientinnen und Patienten zusteht, umfasst eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst. Bei Sterbenden gehört dazu u.a. eine fachgerechte lin-dernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 3.3 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |  |             |   |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Beatmung über eine Maske auf Nase und Mund (nicht-invasive Beatmung) mit dem Ziel mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> dass keine künstliche Beatmung (weder über eine Maske auf Nase und Mund noch über einen Schlauch in die Luftröhre) durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. |
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Beatmung über einen Schlauch in die Luftröhre (invasive Beatmung) mit dem Ziel mein Leben zu verlängern.    |             |   |
- 

### 3.4 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. |
|---|-------------|---|
- 

### 3.5 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |  |             |  |
|--|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird, außer zur Beschwerdelinderung. |
|--|-------------|--|
- 

### 3.6 Blut und Blutbestandteile

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |   |             |  |
|---|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen. |
|---|-------------|--|
- 

### 3.7 Kreislaufferhaltende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |  |             |   |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> die Gabe von kreislaufferhaltenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> keine Gabe von kreislaufferhaltenden Medikamenten. |
|--|-------------|---|
- 

### 3.8 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- |  |             |   |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | <b>oder</b> | <input type="checkbox"/> die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. Für den Fall, dass eine Notärztin/ein Notarzt hinzugezogen wird, dass diese bzw. dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird. |
|--|-------------|---|

Datum und Unterschrift:

---

### 3.9 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen

(Beispiele für weitere medizinische Maßnahmen sind Chemotherapie und Bestrahlung, Dauermedikamente und der Umgang mit implantierbaren Defibrillatoren (ICD).):

.....

.....

.....

## 4. Organspende

(Haben Sie keinen Organspendeausweis, in dem Sie einer Organentnahme zustimmen, streichen Sie bitte diesen Punkt 4.)

- Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Voraussetzung für eine Organspende ist die Feststellung des Hirntodes. Bei einem sich abzeichnenden Hirntod lasse ich zeitlich eng begrenzt intensivmedizinische Maßnahmen im Rahmen der Hirntoddiagnostik und nach festgestelltem Hirntod organerhaltende Maßnahmen bis zur Durchführung der Organspende zu. Dies gilt auch, wenn ich in meiner Patientenverfügung intensivmedizinische Maßnahmen ausgeschlossen habe.

## 5. Aufenthalt und Begleitung (Mehrfachnennungen möglich)

In den unter 2. beschriebenen Situationen ist mein Wunsch,

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung (eigene Häuslichkeit aber bspw. auch Pflegeeinrichtung) zu verbleiben. | <input type="checkbox"/> nicht in meiner vertrauten Umgebung zu verbleiben.              |
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in ein Hospiz verlegt zu werden.   | <input type="checkbox"/> nicht in ein Hospiz verlegt zu werden.                          |
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.   | <input type="checkbox"/> wenn möglich nicht in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden. |
| <input type="checkbox"/> wenn möglich ins Krankenhaus verlegt zu werden.   | <input type="checkbox"/> wenn möglich nicht ins Krankenhaus verlegt zu werden.           |

Unabhängig von meinem Aufenthaltsort wünsche ich in den unter 2. beschriebenen Situationen, wenn möglich

- die Betreuung durch ein Palliativteam.
- von folgenden mir nahestehenden Personen begleitet zu werden:
- .....

- von folgenden Personen nicht begleitet zu werden:
- .....

- seelsorgliche Begleitung zu erhalten.

- als katholische Christin/katholischer Christ das Sakrament der Krankensalbung zu empfangen.

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf**

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Willen befolgt wird und die/der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein/e Betreuer/in Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, sind meine Behandlungswünsche und/oder mein mutmaßlicher Willen zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1827 Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

Sollte zusätzlich zu meiner/ meinem Bevollmächtigten eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll der/den folgenden Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Folgende Person/en soll/en nicht angehört werden:

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Im Falle, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt und mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen trotz Bemühungen nicht einigen können, ist das Betreuungsgericht einzuschalten, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

Sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, den in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, kann meine/mein Bevollmächtigte/r bzw. Betreuerin/Betreuer für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung sorgen, um meinem verfügten Willen zu entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

oder  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/das Behandlungsteam/mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist unter Einbezug aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen oder nicht.

**Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung**  
(Achtung: Dies ist kein Ersatz für eine Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.)

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

oder  Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

Name: .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Betreuungsverfügung erstellt. Als Betreuer/in wünsche ich mir:

oder

Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.

Name; .....

Vorname: .....

Geb.dat.: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

## 7. Ärztliche Aufklärung

Die Tragweite der Entscheidungen in meiner Patientenverfügung sind mir bewusst und ich verzichte ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung.

oder

Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt von:

.....  
.....

## 8. Inhaltliche Unterstützung *(Angabe nicht erforderlich)*

Ich wurde inhaltlich unterstützt von (Name, Vorname):

.....  
.....  
.....

## 9. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Ersteller/in

## Bestätigung durch eine/n Zeugin/Zeugen: *(Angabe nicht erforderlich)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Zeugin/Zeuge

## 10. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. .... am: .....
2. .... am: .....
3. .... am: .....

### **Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.**

*(Wenn ich die Aktualität meiner Patientenverfügung nicht regelmäßig bestätige, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)*

#### **1. Bestätigung**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### **2. Bestätigung**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### **3. Bestätigung**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### **4. Bestätigung**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### **5. Bestätigung**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### **6. Bestätigung**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift