



## Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung macht es Ihnen möglich, Ihr Selbstbestimmungsrecht auch dann wahrzunehmen, wenn Ihre Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, eingeschränkt oder erloschen ist. Mit einer Patientenverfügung können Sie schriftlich verbindlich regeln, ob und wie Sie ärztlich und pflegerisch behandelt werden wollen.

Lesen Sie sich dieses Formular aufmerksam durch und nehmen Sie sich zum Ausfüllen entsprechend Zeit. Kreuzen Sie die Situationen und Anweisungen an, die Ihren persönlichen Willen widerspiegeln, und streichen Sie nicht gewählte Optionen aus, um Missverständnisse zu vermeiden. Sie haben auch die Möglichkeit individuelle Anmerkungen zu ergänzen. Wir empfehlen, sich vor dem Ausfüllen der Verfügung von einem behandelnden Arzt beraten zu lassen und gegebenenfalls die Expertise eines Rechtsanwalts und Notars oder die Hilfe eines Betreuungsvereins in Anspruch zu nehmen.

Ich:

geb. am:

wohnhaft in:

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gegenüber meinen Ärzten, dem Alten- oder Pflegeheim, in dem ich im entscheidenden Zeitpunkt ggf. wohne, sowie gegenüber jedem, der sonst Entscheidungen über meine Person zu treffen hat, folgendes:



## I. Exemplarische Situationen

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärzte, Angehörigen und Pfleger, mir dabei beizustehen. Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben und keine abweichenden ärztlichen Prognosen eines behandelnden Arztes vorliegen,

- dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- dass ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- dass in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- dass ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit zu mir zu nehmen,
- 

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen könnten.)

## II. Medizinische Festlegungen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich:

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern,
- auch fremde Gewebe oder Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

Oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.
- keine Gabe lebenserhaltender Medikamente.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. weiter aufrechterhalten wird. Ich wünsche jedoch, dass Medikamente zur Linderung der Luftnot gegeben werden und zwar auch dann, wenn diese Medikamente meine Lebenszeit verkürzen.
- dass keine künstliche Ernährung durchgeführt bzw. aufrechterhalten wird.
- 

(Anmerkung: Besondere Verfügungen, z.B. Schmerz- und Symptombehandlung, Wiederbelebung oder Dialyse betreffend.)

Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

### III. Ort der Behandlung, Beistand

Wenn mein Lebensende unmittelbar bevorsteht, möchte ich:

- wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- zum Sterben in ein Hospiz verlegt werden.
- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.
- 

Ich wünsche, dass an meinem Lebensende folgender Beistand benachrichtigt und einbezogen wird:

- Vertreter der folgenden Kirche/ Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft  
\_\_\_\_\_
- Hospiz-, Palliativ- oder Pflegedienst  
\_\_\_\_\_
- Arzt meines Vertrauens  
\_\_\_\_\_
- Sonstige Personen  
\_\_\_\_\_

### IV. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
  - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
  - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## V. Hinweise zur Beratung, Appendix

- Ich habe mich vor Erstellung der Patientenverfügung beraten lassen durch

\_\_\_\_\_

(Anmerkung: Eine Beratung beim Abfassen einer Patientenverfügung durch eine fachkundige Person oder einen Arzt ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie wird aber von der Bundesärztekammer, dem Bundesministerium der Justiz und medizinisch-ethischen Experten empfohlen.)

- Ich füge ein Zusatzblatt „Was mir wichtig ist“ bei. Dieses dient als Interpretationshilfe für Situationen, die hier nicht aufgeführt sind bzw. die Abwägungen erforderlich machen.

(Anmerkung: Eine kurze Schilderung Ihrer persönlichen Erlebnisse, Ihres aktuellen Gesundheitszustandes sowie Ihrer Vorstellungen zu einem lebenswerten Leben können Ärzten und Angehörigen helfen, Ihre gesundheitlichen Entscheidungen leichter nachzuvollziehen und dienen als Interpretationshilfe für Situationen, die in Ihrer Patientenverfügung nicht aufgeführt sind bzw. Abwägungen erforderlich machen.)

- Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst:

Name

Anschrift

Telefon/ Telefax

(Anmerkung: Es ist ratsam, eine Patientenverfügung gemeinsam mit einer Vorsorgevollmacht zu verfassen. Mit der Vorsorgevollmacht können Sie eine oder mehrere Vertrauenspersonen mit der Wahrnehmung Ihrer Angelegenheiten betrauen für den Fall, dass Sie selbst die Fähigkeit zu entscheiden eingebüßt haben. Mit der Vorsorgevollmacht wird der Bevollmächtigte zum Vertreter im Willen, d. h., er entscheidet an Ihrer Stelle. Deshalb setzt eine Vorsorgevollmacht unbedingtes und uneingeschränktes persönliches Vertrauen zum Bevollmächtigten voraus und sollte nicht leichtfertig erteilt werden.

## VI. Schlussbemerkungen

Diese Erklärung wurde von mir selbst verfasst. Zwei Personen meines Vertrauens bezeugen durch ihre Unterschrift meine Willenserklärung.

Notar     
  Fach- / Hausarzt     
  Angehörige/r     
  Bekannte/r

\_\_\_\_\_

Datum, Ort

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Notar     
  Fach- / Hausarzt     
  Angehörige/r     
  Bekannte/r

\_\_\_\_\_

Datum, Ort

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Für den Fall, dass ich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sein werde, über meine persönlichen Belange zu entscheiden, soll diese Erklärung als Bekundung meines ausdrücklichen Willens gelten. Sollte ein Arzt oder eine Ärztin 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. Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung. Wenn für mich ein Betreuer bestellt wird, soll diese Verfügung auch für ihn gelten, d. h., dass er die hier festgelegten Verfügungen zu beachten hat. Ich erwarte, dass mein Betreuer/ meine Betreuerin meine Behandlung so organisiert, dass meinem in dieser Verfügung niedergelegten Willen entsprochen wird.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner hier getroffenen Entscheidungen voll bewusst. Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat:

Datum, Unterschrift:

\_\_\_\_\_

## Zusatzblatt „Was mir wichtig ist“ (optional)

