

## Patientenverfügung | Seite 1 von 8

Ich

Vor- und Nachname

Geboren am

Straße und Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Telefax

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

### 1. Situationen, für die diese Verfügung gelten soll

■ Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  Ja  Nein

■ Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.  Ja  Nein

■ Wenn ich in Folge einer direkten 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.  Ja  Nein

■ Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.  Ja  Nein

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



## Patientenverfügung | Seite 2 von 8

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen

### 2. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

#### 2.1 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,
- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.  Ja  Nein

#### 2.2 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- dass eine künstliche Ernährung und/oder künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation erfolgen soll.

oder

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll.



## Patientenverfügung | Seite 3 von 8

### 2.3 Wiederbelebung

**A |** In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

- Versuche der Wiederbelebung.
- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

oder

- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht gerufen wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen verständigt wird.

**B |** Nicht nur in den unter 1. beschrieben Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

### 2.4 Künstliche Beatmung

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, 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.

### 2.5 Antibiotika

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung

oder

- keine Antibiotika.



## Patientenverfügung | Seite 4 von 8

### 2.6 Dialyse

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### 2.7 Blut / Blutbestandteile

In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich...

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen

### 2.8 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

---

---

---

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

---

hospizlichen Beistand.



## Patientenverfügung | Seite 5 von 8

### 2.9 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnde Ärzteschaft von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---



---



---

### 2.10 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

**Bevollmächtigte Person:**

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vor- und Nachname		Geboren am
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße und Hausnummer		Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Mobiltelefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail		Telefax

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuungsperson erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der gewünschten Betreuungsperson besprochen.

**Gewünschte Betreuungsperson:**

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vor- und Nachname		Geboren am
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße und Hausnummer		Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Mobiltelefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail		Telefax



## Patientenverfügung | Seite 6 von 8

### 2.11 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung.

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertretung – z.B. bevollmächtigte Person / Betreuungsperson – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte das ärztliche Fachpersonal 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. Von meiner Vertretung (z. B. bevollmächtigte Person / Betreuungsperson) erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche / pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner bevollmächtigten Person     meiner Betreuungsperson
- der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt
- anderer Person: \_\_\_\_\_

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber das behandelnde ärztliche Fachpersonal, das Behandlungsteam, meine bevollmächtigte Person / Betreuungsperson aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner bevollmächtigten Person     meiner Betreuungsperson
- der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt
- anderer Person: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



## Patientenverfügung | Seite 7 von 8

### 2.12 Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

---



---

### 2.13 Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis.
- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationen 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.

oder

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

### 2.14 Information und Beratung

- Ich habe mich vor Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei:

---

- Ich habe mich vor Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch:

---

### 2.15 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am: \_\_\_\_\_ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

---

Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes



## Patientenverfügung | Seite 8 von 8

### 3.1 Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

### 3.2 Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. 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.

### 3.3 Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von \_\_\_\_\_ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bestätige.

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

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

### 3.4 Bestätigung Aktualisierung

Diese Patientenverfügung habe ich aktualisiert am:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift



Speichern

Drucken