

# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich .....

geboren am: .....

wohnhaf in: .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich Folgendes:

(Zutreffendes habe  
ich hier angekreuzt  
bzw. eingefügt)

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- 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 infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr 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.
- .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

## 2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:**

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen.

**4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.**

- Ich wünsche eine Begleitung  
durch .....
- .....
- .....  
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. Ja  Nein
- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja  Nein
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja  Nein

Sofern dieser Patientenverfügung **Persönliche Ergänzungen** mit u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende (**Patientenverfügung und Organspende** oder „Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

---

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....  
 Ort, Datum *Unterschrift*

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	<i>Unterschrift</i>

**Arzt/Ärztin meines Vertrauens:**

Name .....

Adresse .....

Telefon ..... E-Mail .....

**Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von\***

.....  
 Name Adresse

.....  
 Ort, Datum Telefon, E-Mail *Unterschrift der/des Beratenden*

\* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß § 1828 Abs.2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, E-Mail: .....

.....

(bitte wenden)

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, E-Mail: .....

.....

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, E-Mail: .....

.....

.....

---

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).



# Patientenverfügung und Organspende

Ich, .....

.....  
(Name, Vorname, Adresse)

habe eine Patientenverfügung erstellt. Ich habe einen Organspendeausweis, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte 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 Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind. Das soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Lebensphase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

..... den .....  
(Ort) (Datum)

.....  
(Unterschrift)

## Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG IM FALL SCHWERER ERKRANKUNG

### 1. Personalien

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Anschrift

### 2. Krankheitsgeschichte und Diagnose<sup>1</sup>

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

### 3. Was mir jetzt wichtig ist<sup>2</sup>

Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:

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

---

<sup>1</sup> Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

<sup>2</sup> Grundsätzliche Überlegungen (z.B. Krankenseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u. a.).

---

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

**Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:<sup>3</sup>**

Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und diese ambulant nicht durchgeführt werden können.

Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus, Station:

.....  
Name, Adresse

..... eingeliefert werden.  
Telefon

Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

.....  
in Person von: .....  
Name

.....  
Adresse, Telefon

Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:

.....  
Adresse, Telefon

**4. Momentane Medikation**

Die aktuelle Medikation, Indikation und Dosierung bereitliegender Notfallmedikamente sollten auf einem gesonderten Blatt beigefügt sein.

Zuletzt geändert am: .....

.....  
Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

.....  
*Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft*

\_\_\_\_\_  
<sup>3</sup> Zutreffendes habe ich angekreuzt.

\_\_\_\_\_  
(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).



5. Notfallplan<sup>4</sup>

Mögliche Komplikation	Vom Patienten gewünschte Behandlung

.....  
 Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft

.....  
 Telefon

.....  
*Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft*

Ort /Datum: .....

.....  
*Unterschrift des Patienten/der Patientin*

<sup>4</sup> Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

## Aktuelle Medikation

Medikament	Uhrzeit						Zweck

.....  
zuletzt geändert am

.....  
Name und Adresse des behandelnden Arztes /der Palliativfachkraft

.....  
Telefon

.....  
*Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft*

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).