

# Patientenverfügung

Ich,

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen frei zu bilden und/oder verständlich zu äußern, dass

## 1. diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.</li></ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.</li></ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und diese Anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittene Hirnabbauprozesse und 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 sehr unwahrscheinlich, aber möglich ist.</li></ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

JA NEIN

- Wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankung) auch mit dauerhafter Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen.
- Eigene Beschreibung der Situation/en, für die diese Patientenverfügung gelten soll:

---



---



---

## 2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten und/oder selbst beschriebenen Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

### Lebenserhaltende Maßnahmen

Ich möchte das nicht regeln.

JA NEIN

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten.
- Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden Maßnahmen. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von belastenden Symptomen (z. B. Schmerzen, Atemnot, Angst).
- Eigene Wünsche zu lebenserhaltenden Maßnahmen:

---



---

## Schmerz- und Symptombehandlung

Ich möchte das nicht regeln.

JA NEIN

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung ohne bewusstseinsdämpfende Wirkung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Ich wünsche, wenn alle anderen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptombehandlung keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Eigene Wünsche zur Schmerz- und Symptombehandlung:

---



---

## Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Ich möchte das nicht regeln.

JA NEIN

- Ich wünsche künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr, wenn dies mein Leben verlängern kann.
- Ich wünsche künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativ-medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
- Eigene Wünsche zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

---



---

## Künstliche Beatmung

Ich möchte das nicht regeln.

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche keine künstliche Beatmung oder die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden und Luftnot mit Medikamenten und pflegerischen Maßnahmen. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eigene Wünsche zur künstlichen Beatmung:  |                          |                          |
- 

## Dialyse

Ich möchte das nicht regeln.

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine Dialyse (künstliche Blutwäsche), falls dies mein Leben verlängern kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eigene Wünsche zur Dialyse:  |                          |                          |
- 

## Antibiotika

Ich möchte das nicht regeln.

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eigene Wünsche zu Antibiotika:   |                          |                          |
-

## Blut/Blutbestandteile

Ich möchte das nicht regeln.

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eigene Wünsche zur Gabe von Blut oder Blutbestandteilen:  |                          |                          |
- 

## Wiederbelebensmaßnahmen

Ich möchte das nicht regeln.

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche Wiederbelebensmaßnahmen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche Wiederbelebensmaßnahmen nur, wenn sie im Rahmen von ärztlichen Maßnahmen (z. B. während einer Operation) erforderlich werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eigene Wünsche zu Wiederbelebensmaßnahmen:  |                          |                          |
- 

## 3. Aussagen zu Auslegung und Widerruf

Für den Fall, dass die in dieser Patientenverfügung beschriebenen Situationen und/oder Maßnahmen nicht korrekt beschrieben sind, oder ich durch Gesten, Blicke oder andere Äußerungen zu verstehen gebe, nicht mehr an dieser Patientenverfügung festhalten zu wollen, wünsche ich, dass zur Ermittlung meines (mutmaßlichen) Willens der Meinung folgender Person besondere Bedeutung zukommt:

Bevollmächtigter oder Betreuer

Behandelnder Arzt

Folgende Person: \_\_\_\_\_

Ich möchte das nicht regeln.

#### 4. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

- durch einen/den Hospizdienst \_\_\_\_\_
- durch einen/den Seelsorger \_\_\_\_\_
- durch \_\_\_\_\_
- Ich möchte das nicht regeln.

#### 5. Ich möchte, wenn möglich, sterben

- im Krankenhaus.
- zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung.
- in einem Hospiz.
- Ich möchte das nicht regeln.

#### 6. Regelungen zur Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis. Dieser befindet sich bei/in \_\_\_\_\_
- Ich besitze keinen Organspendeausweis, stimme aber einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
- Ich lehne eine Organspende ab.
- Ich möchte das nicht regeln.

#### 7. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

(Name, Adresse, Telefon)

---

---

#### 8. Sonstiges

---

---

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine **Vorsorgevollmacht** erstellt.

JA NEIN

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.

JA NEIN

Diese ist hinterlegt in/bei:

\_\_\_\_\_

**Weitere Bestandteile dieser Verfügung sind:**

- Ärztliche Bescheinigung der Einsichtsfähigkeit.
- Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen.
- Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.

Diese Patientenverfügung habe ich freiverantwortlich, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und ohne äußeren Druck erstellt. Sie gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Für die in der Patientenverfügung genannten Maßnahmen verzichte ich ausdrücklich auf (weitere) ärztliche Aufklärung. Ich habe die Entscheidungen darüber nach sorgfältigen Überlegungen getroffen und bin mir deren Konsequenzen bewusst.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Diese Patientenverfügung entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

die Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ (Datum) selbst verfasst hat und  
einsichtsfähig ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel

---

Ich bestätige, dass der o. g. Verfasser bei der Aktualisierung seiner  
Patientenverfügung am \_\_\_\_\_ (Datum) einsichtsfähig war.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel



# Meine Wertvorstellungen

(Ergänzung zu meiner Patientenverfügung)

- Beispielsweise:*
- *Wie bewerte ich mein bisheriges Leben?*
  - *Wie stelle ich mir mein zukünftiges Leben vor?*
  - *Welche Erfahrungen habe ich mit Behinderung, Leid und Sterben anderer Menschen gemacht?*
  - *Welche Rolle spielt die Religion in meinem Leben?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

Dieses Formular muss zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden!

**Diagnose:**

---

---

---

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten erwünschte Behandlung

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten

---

Unterschrift und Arztstempel