

# Patientenverfügung

Ich,

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

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

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

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

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen frei zu bilden bzw. 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 tödlich verlaufenden oder unheilbaren 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 Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn mein Tod 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 möglich, aber sehr unwahrscheinlich ist.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden.</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____  |                          |                          |
| • _____  |                          |                          |
| • _____  |                          |                          |

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

- | Lebenserhaltende Maßnahmen  | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern.</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____   |                          |                          |
| • _____   |                          |                          |
| • _____   |                          |                          |

**Schmerz- und Symptombehandlung**

JA

NEIN

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen Krankheitserscheinungen.

- Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Künstliche Ernährung**

JA

NEIN

- Ich wünsche künstliche Ernährung, falls dies mein Leben verlängern kann.

- Ich wünsche künstliche Ernährung nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

JA

NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, falls dies mein Leben verlängern kann.

- Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Künstliche Beatmung**

JA NEIN

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

•

**Dialyse**

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Blutwäsche, falls dies mein Leben verlängern kann.

**Antibiotika**

JA NEIN

- Ich wünsche Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
- Ich wünsche Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

**Blut/Blutbestandteile**

JA NEIN

- Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
- Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

**Wiederbelebungsmaßnahmen**

JA NEIN

- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen.
- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen, wenn sie im Rahmen von ärztlichen Maßnahmen (z. B. während einer Operation) erforderlich werden.

•

### 3. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

- durch einen/den Hospizdienst \_\_\_\_\_
- durch einen/den Seelsorger \_\_\_\_\_
- durch \_\_\_\_\_

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

- im Krankenhaus.
- zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung.
- in einem Hospiz.

### 5. Ich besitze einen Organspendeausweis.

JA NEIN

Dieser befindet sich bei/in:

 

---

---

### 6. Ich besitze keinen Organspendeausweis, stimme aber einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

JA NEIN

 

### 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 und -ort: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.

JA NEIN

Diese ist hinterlegt in/bei:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:**

- Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen.
- Eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Diese Patientenverfügung entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

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

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

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

---

Ich bestätige, dass der o. g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner  
Patientenverfügung einsichtsfähig war.

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

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









# 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