

# Patientenverfügung

Von

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

## 1. Motivation für das Verfassen dieser Patientenverfügung – meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

**Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben, ggf. aktuell bekannte Erkrankungen (ggf. Beiblatt nutzen):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium eines unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für 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 nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolge dessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

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

*(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll. Es sollen dabei aber nur Situationen beschrieben werden, die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können.)*

### 3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird um mich am Leben zu erhalten
- dass alle lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. 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.

#### 3.1 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,
- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung, da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.
- 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.

#### 3.2 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.
- 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.

### 3.3 Wiederbelebende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

### 3.4 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

### 3.5 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### 3.6 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung bei palliativmedizinischer Indikation).

### 3.7 Blut/Blutbestandteile

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen (außer zur Beschwerdelinderung bei palliativmedizinischer Indikation)

### 4. Ort der Behandlung, Beistand

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- wenn möglich zu Hause bzw. in meiner vertrauten Umgebung zu sterben.
- wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.
- ins Krankenhaus verlegt zu werden.

Ich möchte

- von folgenden Personen begleitet werden:

_____	_____
Name, Vorname	Telefonnummer
_____	_____
Name, Vorname	Telefonnummer
_____	_____
Name, Vorname	Telefonnummer

- hospizlichen Beistand/Begleitung erhalten.
- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft

\_\_\_\_\_

### Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person/folgenden Personen

---

---

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

- Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Willen befolgt wird und die/der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein/e Betreuer/in Sorge für dessen Umsetzung trägt.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinem geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische/pflegerische Behandlung gesorgt wird. Der von mir genannte Bevollmächtigte hat die weitere Behandlung so zu organisieren, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Willen 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/meinem Bevollmächtigten
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer
  - der behandelnden Ärztin oder dem behandelndem Arzt
  - \_\_\_\_\_
- Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll der/den folgenden Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

- Folgende Person/en soll/en **nicht** angehört werden:

_____	_____
Name, Vorname	Geb.-datum
_____	_____
Name, Vorname	Geb.-datum
_____	_____
Name, Vorname	Geb.-datum

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Behandlungsteam, meine Bevollmächtigten oder meine/r Betreuerin aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen der Festlegung 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 der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- meiner/meinem Bevollmächtigten
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelndem Arzt
- \_\_\_\_\_

## 7. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.

Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

_____	_____
Name, Vorname	Geb.-datum
_____	_____
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
_____	_____
Telefon	E-Mail

- Ich habe **keine** Vorsorgevollmacht erstellt.

## Hinweis auf eine existierende Betreuungsverfügung

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen.

Als Betreuer/in wünsche ich mir:

_____	_____
Name, Vorname	Geb.-datum
_____	_____
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
_____	_____
Telefon	E-Mail

- Ich habe **keine** Betreuungsverfügung erstellt.

## 8. Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis und 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 medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, **dann**:
- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Dafür lasse ich zeitlich eng begrenzt (Stunden bis höchstens wenige Tage) intensivmedizinische Maßnahmen zu.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- lehne ich eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## 9. Schlussbemerkungen

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

- 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.

## 10. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert  
bei/durch

---

und beraten lassen durch

---

## 11. Ärztliche Aufklärung

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 12. Hinterlegung und regelmäßige Aktualisierung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-datum

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.**

*(Wenn ich meine Patientenverfügung nicht in regelmäßigen Abständen bestätigt habe, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung ihre Gültigkeit verliert.)*

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diese nachstehend in vollem Umfang

**1. Bestätigung**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**2. Bestätigung**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**3. Bestätigung**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**4. Bestätigung**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**5. Bestätigung**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Quelle:  
Bundesministerium der Justiz und für den Verbraucherschutz  
www.bmjv.de