

# Patientenverfügung

Ich, .....

(Name, Vorname des Vollmachtgebers)

.....

Geburtsdatum

.....  
(Anschrift, Telefon, Telefax)

## verfasse nachfolgende Bestimmungen für folgenden Fall oder Zustand:

### 1. Diese Verfügung gilt für die nachfolgend beschriebenen Situationen:

- Wenn ich mich in einem Stadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ja  nein
- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar in einem unmittelbaren Sterbeprozess befinde ja  nein
- Wenn infolge einer Hirnschädigung meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst, wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt auch für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses 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. ja  nein
- Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeiten in ausreichender Menge auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. ja  nein
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. ja  nein

### 2. In allen oder den einzeln oben beschriebenen Situationen wünsche ich folgende Verhaltensweisen und Maßnahmen:

- Es soll auf alle Maßnahmen verzichtet werden, die lediglich eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden und lediglich den Todeseintritt verzögern. ja  nein
- Hunger und Durst sind in natürlicher Weise zu stillen, gegebenenfalls mit Hilfen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Dazu gehört die fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten und eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome. ja  nein

- Eine künstliche Ernährung soll unabhängig von der Form der künstlichen Gabe (Magensonde, Nase oder Bauchdecke, venöse Zuführung) nicht erfolgen. ja  nein
- Ich wünsche keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden. ja  nein
- Ich wünsche die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen. ja  nein
- Ich wünsche bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle unwirksam sind. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf. ja  nein
- Wiederbelebungsversuche sind zu unterlassen. ja  nein
- Ich wünsche keine Bluttransfusionen. ja  nein
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Dabei nehme ich eine Bewusstseinsdämpfung oder eine ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahme in Kauf. ja  nein
- Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben. ja  nein
- Ich möchte, wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in einer mir vertrauten Umgebung sterben. ja  nein
- Ich wünsche Beistand durch .....  
einen Hospizdienst ja  nein   
Seelsorge ja  nein
- Ich wünsche keinen Beistand durch .....

Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht und den Inhalt dieser Verfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

### Bevollmächtigt habe ich

---

(Name und Vorname)

---

(Anschrift)

---

(Telefon, Telefax, E-Mail)

**Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, Telefax, E-Mail)

**Erklärung der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes**

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Patientenverfügung Kenntnis erlangt habe. Die/er Vollmachtgeber/in hat diese Erklärung in einem Zustand klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

**Im Falle der Notwendigkeit einer Betreuerbestellung möchte ich, dass folgende Person vom zuständigen Betreuungsgericht bestellt wird:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, Telefax, Mail)

**Falls diese Person nicht bestellt werden kann, wünsche ich stattdessen:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, Telefax, Mail)

**Im Gegensatz dazu möchte ich, dass folgende Person vom zuständigen Betreuungsgericht nicht bestellt wird, auch wenn dieser Wunsch ausdrücklich geäußert wurde:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, Telefax, Mail)

**Zu Fragen und Auslegung aller Verfügungen oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens (§1904 Abs. 2 BGB) benenne ich folgende Vertrauensperson:**

---

(Name und Vorname)

---

(Anschrift)

---

(Telefon, Telefax, Mail)

**Diese Patientenverfügung gilt unabhängig von weiteren Vollmachten fort, ohne zeitliche Einschränkung. Sie bleibt bis zum ausdrücklichen Widerruf bestehen.**

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung, in Kenntnis über die rechtliche Bedeutung und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist ein Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst

Ich erwarte, dass mein geäußelter Wille von den behandelnden Ärzten, dem Pflegepersonal und allen anderen Beteiligten befolgt wird. Meine rechtlichen oder bevollmächtigten Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

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

Mir ist bekannt, dass ich Patientenverfügungen jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

**Ich bestätige durch erneute Unterschrift, dass diese Verfügung nach wie vor meinem Willen entspricht:**

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

