

# Patientenverfügung

## 1. Eingangsformel

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

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,  
Datum Ort

wohnhaft in \_\_\_\_\_,  
Adresse

erreichbar unter \_\_\_\_\_,  
Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse/Telefaxnummer

bestimme hiermit Folgendes für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

## 2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn ...

- ... ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ... ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ... ich 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, s. u.) 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.

Gegebenenfalls Benennung der Ärztinnen/Ärzte, die die Einschätzung vornehmen sollen:

1. \_\_\_\_\_  
Name des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

2. \_\_\_\_\_  
Name des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

- ... ich infolge eines 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.

- Zusätzliche Anwendungssituationen:**  
Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

#### Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ... dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- ... auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

**oder**

- ... dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls 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.

#### Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, ...

- ... aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

**oder**

- ... 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.

#### Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, ...

- ... dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

**oder**

- ... dass eine künstliche Ernährung nur zur Beschwerdelinderung nach ärztlichem Ermessen erfolgt.

**oder**

- ... dass keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge), erfolgt.

#### Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ... eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

**oder**

- ... die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

**oder**

- ... die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

## Wiederbelebung

**A.** In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ... in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

**oder**

- ... 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.

**B.** Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens ...

- ... lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

**oder**

- ... lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

## Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

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

**oder**

- ..., dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

## Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ... eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

- ..., dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

## Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ... Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

- ... Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

**oder**

- ... keine Antibiotika.

## Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich ...

- ... die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

- ... die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

**oder**

- ... keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

## 4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte ...

- ... zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

**oder**

- ... wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

**oder**

- ... wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte ...

- ... Beistand durch folgende Personen:

---

---

---

- ... Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

---

---

---

- ... hospizlichen Beistand.

## 5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---

---

---

---

---

- Die genannten Personen dürfen ihrerseits die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das nicht-ärztliche Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

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

- Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/

Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille 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:

(nur eine Person benennbar)

- meinem/meiner Bevollmächtigten.
- meinem Betreuer/meiner Betreuerin.
- dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.
- andere Person:

---

---

---

---

- 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/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen 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 in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

(nur eine Person benennbar)

- meinem/meiner Bevollmächtigten.
- meinem Betreuer/meiner Betreuerin.
- dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.
- andere Person:

---

---

---

---

## 7. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt.
- Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

### Bevollmächtigte(r):

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_,  
Adresse

\_\_\_\_\_,  
Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse/Telefaxnummer

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl einer Betreuerin oder eines Betreuers erstellt.
- Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir gewünschten Betreuerin/dem von mir gewünschten Betreuer besprochen.

### Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_,  
Adresse

\_\_\_\_\_,  
Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse/Telefaxnummer

## 8. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

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

## 9. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: und habe einen Organspendeausweis ausgefüllt. ). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann  
(Alternativen)
  - geht die von mir gesondert erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
  - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## 10. Schlussformel

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

## 11. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- 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.

## 12. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch bzw. beraten lassen durch:

---

---

---

**Hinweis:** Die Inanspruchnahme einer Beratung durch eine fachkundige Person oder Organisation ist nicht Wirksamkeitsvoraussetzung der Patientenverfügung. Entscheiden Sie sich gegen eine Beratung, nehmen Sie jedoch das Risiko in Kauf, dass Ihre Patientenverfügung etwa aufgrund von Ungenauigkeiten oder Ungereimtheiten keine Bindungswirkung entfaltet. Dieses Formular dient nur als Handreichung zur Erstellung einer Patientenverfügung und kann eine fachkundige Beratung nicht ersetzen.

## 13. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Name, Vorname

wurde von mir am \_\_\_\_\_  
Datum

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

## Aktualisierung

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend (Alternativen)

in vollem Umfang.

oder

mit folgenden Änderungen:

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des Arztes/der Ärztin

**Hinweis:** Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch einen Notar bestätigt werden. Eine Patientenverfügung ist nur wirksam, wenn sie im Zustand der Einwilligungsfähigkeit abgefasst worden ist. Um im Vorsorgefall etwaige Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit möglichst rechtssicher ausräumen zu können, wird empfohlen, die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung von einem Arzt oder Notar bestätigen zu lassen.

## 14. Geltung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von

Zeitangabe

ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.