

## Patientenverfügung

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsname** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Wohnanschrift** \_\_\_\_\_

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

**Telefon** \_\_\_\_\_

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und im Bewusstsein der sich eventuell daraus ergebenden Konsequenzen gebe ich nach reiflicher Überlegung die nachstehende Erklärung ab, die unbegrenzt Gültigkeit haben soll, bis diese von mir widerrufen wird. Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte sowie die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter zu Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung, solange nicht konkrete und hinreichend deutliche Hinweise vorliegen, dass ich meinen Willen zwischenzeitlich geändert habe.

Ich bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr äußern kann und /oder nicht mehr entscheidungsfähig bin, insbesondere für folgende Situationen:

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht feststeht und kein Lebenswille mehr erkennbar ist.
- wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier Ärzte aller Wahrscheinlichkeit unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht feststeht. Dies gilt auch für direkte 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.

- wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbaus (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- ich habe zusätzlich folgende Diagnose, die nicht heilbare Krankheitssymptome mit sich bringt:

---

---

---

**In den vorgenannten beschriebenen Lebenssituationen wünsche ich,**

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden, die ich nachfolgend konkretisiere. 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 das Akzeptieren von Verweigerung des Essens und Trinkens meinerseits durch Mimik und Gestik.
- das Unterlassen einer bereits bestehenden künstlichen Ernährung.
- das Akzeptieren der Nahrungsverweigerung durch Mimik und Gesten.
- dass keine künstliche Ernährung eingeleitet wird
- das Unterlassen einer bereits bestehenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr.
- dass keine künstliche Flüssigkeitszufuhr eingeleitet wird.
- Flüssigkeitszufuhr nur, um palliative Medikation zu verabreichen.
- ---
- ---
- ---
- mein größter Wunsch ist es, zu Hause im Kreis der Familie meine letzte Lebensphase zu verbringen. Eine Versorgung auf einer Intensivstation oder in einem Krankenhaus möchte ich nur, wenn eine palliative Versorgung sonst nicht sichergestellt werden kann.

- ich lehne eine Behandlung auf einer Intensivstation grundsätzlich ab.
- die Intensivtherapie soll nur durchgeführt werden, um mein Leiden zu lindern.
- die Gabe von Sauerstoff in der Sterbephase lehne ich ab.
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt wird bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit der Bewusstseinsdämpfung oder Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- Sollte es keine Möglichkeit geben, Atemnot und Erstickungsängste ohne künstliche Beatmung zu behandeln, soll diese zur Leidensminderung und nur dazu eingeleitet oder fortgeführt werden.
- die Gabe von Antibiotika soll nur zu palliativen Zwecken erfolgen, nicht zur Lebensverlängerung.
- in den angegebenen Lebens- und Krankheitssituationen wünsche ich keine Antibiotikagabe mehr.
- dass die Gabe von Blut und Blutbestandteilen, falls eingeleitet, sofort beendet wird, bzw. auch nicht eingeleitet wird.
- Schmerzen und Beschwerden, die durch den Mangel an Blut entstehen, sollen medikamentös behandelt werden.
- dass keine Dialyse durchgeführt wird bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
- falls ich Dialyse Patient bin, möchte ich den Abbruch der Dialyse, entstehende Beschwerden oder Schmerzen sollen mit notwendigen Mitteln behandelt werden, bis ich komatös werde. Dann möchte ich in Würde und friedliche einschlafen.

**Unter den von mir beschriebenen Lebens- und Krankheitssituationen verfüge ich:**

- ich will keine Wiederbelebung nach krankheitsbedingten Sterben.
- sollte ich während oder nach einer Operation durch einen Herzstillstand oder eine Embolie oder eine Hirnblutung wiederbelebt oder einen anderen medizinischen Notfall wiederbelebt werden müssen, kann dies zu einer irreversiblen Dauerschädigung des Gehirns führen. In diesem Fall lehne ich weitere lebenserhaltende Maßnahmen, wie oben beschrieben, ab.

- zur Begleitung und Unterstützung eines würdevollen Sterbens sollen Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden. Besonders wichtig ist mir eine konsequente Schmerztherapie, auch, wenn damit eine Verkürzung meines Lebens verbunden ist.
- bei ärztlicher Indikation stimme ich einer palliativen Sedierung (zeitlich befristete, bewusstseinsdämpfende Medikation) zu. Diese erlaube ich auch zur Entlastung meiner Angehörigen.
- ich verfüge, dass ein Notarzt/ärztin nur verständigt wird, wenn keine andere Möglichkeit besteht, notwendige palliative Medikation auf andere Weise zu organisieren. Im Fall einer Hinzuziehung ist dieser/diese unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen und meinem Wunsch, zu Hause zu sterben, zu informieren.

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 meinen Vertretern bzw. Bevollmächtigten und Betreuern erwarte ich, dass meine medizinischen/pflegerische Behandlung so organisiert wird, dass meinem Willen entsprochen wird.

Die Patientenverfügung gilt als Richtschnur. Sollte es zu Entscheidungen kommen, die in der Patientenverfügung nicht eindeutig geregelt sind, sollen außer meinen Bevollmächtigten folgende Personen zu meinem mutmaßlichen Willen befragt werden:

---

Ich habe zusätzlich zu meiner Patientenverfügung eine Vollmacht und eine Betreuungsverfügung ausgestellt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit den Bevollmächtigten besprochen.

- ich stimme einer Organentnahme nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Ich habe einen Organspende Ausweis 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 geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- ich stimme einer Organentnahme zu Transplantationszwecken **nicht** zu.



- ich wünsche in meiner letzten Lebensphase seelsorgerischen Beistand.
- die Begleitung durch einen Hospizdienst, auch zur Entlastung meiner Angehörigen nehme ich gerne an.

Weitere Wünsche und Gedanken kann ich jederzeit hinzufügen, diese werde ich mit Datum und meiner Unterschrift unterzeichnen.

Ich werde meinen Hausarzt über diese Verfügung informieren.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Bestätigung durch einen Zeugen:

Ich bestätige, dass die Unterschrift eigenhändig geleistet wurde und der Verfügende über die Konsequenzen und den Sinn der Patientenverfügung eingehend informiert wurde.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Zeugen

---

Ort, Datum

Unterschrift des Ausstellers

---

Ort, Datum

Unterschrift des 1. Bevollmächtigten

---

Ort, Datum

Unterschrift des 2. Bevollmächtigten