



# PATIENTENVERFÜGUNG

---

Name, Vorname/Vollmachtgeber

---

(Geburtsdatum)

---

---

---

---

---

---

(Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)

## Meine Wertvorstellungen und Motivation zur Patientenverfügung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Situationen, für die diese Patientenverfügung gelten soll

Wenn ich ...

... mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Ja  Nein

... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja  Nein

... in Folge einer direkten Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja  Nein

Diese Situation wird auch oft als „Wachkoma“, chronisches apallisches Syndrom oder persistierender vegetativer Zustand (PVZ) bezeichnet. Damit sind Zustände der kompletten Dauerbewusstlosigkeit gemeint, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. Dies gilt ebenso 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 Verbesserung des Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

... in Folge 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.

Ja  Nein



Im Verlauf der Erkrankung wird es für Patienten zunehmend schwieriger und schließlich unmöglich, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---

---

Hausarzt/Ärzte meines Vertrauens:

---

---

---

---

*Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung  
bestimmter ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen*

**In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich ...**

**▶ Behandlungsmaßnahmen**

dass alles medizinisch Sinnvolle zur Erreichung eines realistischen Behandlungsziels getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern. Mir ist die Verlängerung meines Lebens wichtig und dafür ertrage ich auch eventuelle Belastungen.

auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

**oder**

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Mein Hunger- und Durstgefühl 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. Mir ist die Lebensqualität wichtiger als die absolute Verlängerung meiner Lebenszeit.

▶ **Fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung:**

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung ...
- 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.

Zu Therapien am Lebensende gehört auch eine ausreichende Schmerzbehandlung. Ziel dieser Medikamentengabe ist nie die Lebensbeendigung, sondern die Schmerzfreiheit. Dazu können auch hochdosierte Schmerzmittel gehören, durch die Menschen das Bewusstsein verlieren. Als palliative Sedierung erhält der Patient starke Medikamente, die ähnlich wie bei einer Narkose eine Betäubung bewirken. Qualifizierte Schmerztherapeuten oder Palliativmediziner sollten bei der Behandlung hinzugezogen werden.

▶ **Herzschrittmacher / Defibrillator**

- ... ein Herzschrittmacher oder ein Defibrillator soll weiterhin funktionsfähig sein und ggf. erneuert werden, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

- ... ein Herzschrittmacher oder ein Defibrillator soll deaktiviert werden.

▶ **Künstliche Ernährung**

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

**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.

Es gibt keine Verpflichtung zur Versorgung mit einer festen täglichen Nahrungsmenge. Ohne Hungergefühl besteht keine Verpflichtung zur Ernährung auch wenn behauptet wird, dass Menschen ohne Nahrung „verhungern“. Gegen ein subjektives Hungergefühl muss die individuelle Nahrungsmenge bestimmt werden.

▶ **Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

**oder**

keine Flüssigkeitsgabe (außer nach ärztlichem Ermessen bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung).

Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Gegen Durstgefühl hilft das Angebot von Eiswürfeln in vertrauten Geschmacksrichtungen oder auch eine fachgerechte Mundpflege. Das Vernebeln von Flüssigkeit in der Atemluft kann auch als angenehm empfunden werden. Allzu große Flüssigkeitsinfusionen können zu gesundheitlichen Problemen führen.

▶ **Wiederbelebung**

in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

**oder**

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. Eine Notärztin oder ein Notarzt soll nicht verständigt werden und bei ggf. nach Eintreffen über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Wiederbelebungsmaßnahmen dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen. Für die Situation einer Operation kann im Vorfeld die zeitweise Abweichung vom Verbot der Wiederbelebung vereinbart werden.

▶ **Künstliche Beatmung**

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**

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

**oder**

... Dialyse nur zur Linderung meiner Beschwerden.

**oder**

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

▶ **Antibiotika**

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

**oder**

... Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

**oder**

... keine Antibiotika.

▶ **Blut/Blutbestandteile**

... 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.

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine strafbare Tötung auf Verlangen.**

▶ **Organspende**

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zu Transplantationszwecken zu.

Ja

Nein

Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

Ja

Nein

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden dürfen. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Dies gilt auch für die Situation, dass der irreversible Hirnfunktionsausfall nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.

Ja

Nein

**oder**

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

Ja

Nein

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



► **Wünsche zu Ort und Begleitung**

Ich möchte ...

- ... zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
  - ... wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
  - ... wenn möglich in einem Hospiz sterben.
  -
- 

Ich möchte ...

- ... **Beistand durch folgende Personen:**
- 
- 

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

- ... hospizlichen Beistand.

► **Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

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

Name

---

Anschrift

---

Telefon, Fax, E-Mail

---

- Ich habe eine **Betreuungsverfügung** zur Auswahl des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem von mir gewünschten Betreuer besprochen.

---

Name

---

---

---

Anschrift

---

---

Telefon, Fax, E-Mail

---

**▶ 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 Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird.

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.

Mir ist bewusst, dass ich mich regelmäßig mit meiner Patientenverfügung beschäftigen sollte. Ich selbst trage dafür Sorge, dass ich die vorliegende Patientenverfügung bei einer Meinungsänderung anpasse. Solange ich die Patientenverfügung nicht widerrufen habe, soll mir in der konkreten Anwendungssituation nicht eine Änderung meines Willens unterstellt werden.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und/oder beraten lassen durch:

---

---

Wenn nun diese Patientenverfügung umgesetzt werden muss und ich selbst nicht mehr entscheidungsfähig bin, soll meine Vertretung – vorrangig Bevollmächtigte oder rechtlicher/ Betreuer – dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Zuallererst muss bei einer geplanten oder empfohlenen medizinischen oder pflegerischen Behandlung nach dem Ziel der Maßnahme (medizinische Indikation) gefragt werden. Erst wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt das Therapieziel und die Prognose benannt hat, wird der Patientenwille im Gespräch zwischen Arzt und Stellvertreter besprochen, (§1901b Absatz 1 BGB).





Mit meinem Stellvertreter habe ich über meine Behandlungswünsche gesprochen. In Situationen, in denen mein Verhalten Anlass zu Zweifeln am Weitergelten meiner Patientenverfügung gibt, dann sollen möglichst alle an meiner Versorgung Beteiligten, meine nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen (gemäß §1901b Abs. 2 BGB) die Möglichkeit zur Äußerung ihrer Einschätzung haben. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt weiterhin bei meinem Vertreter. Somit verstehen sich die folgenden Optionen als Hinweise für meinen Stellvertreter. In diesen Zweifelssituationen bei einem Abweichen meines Verhaltens durch Gesten, Blicke (leibliche Ausdrucksformen) oder andere Äußerungen von meiner zuvor geäußerten Patientenverfügung wünsche ich folgende Vorgehensweise:

meine Patientenverfügung ist mir als Ausdruck meiner Wünsche und Werte wichtig und soll weiterhin respektiert werden.

**oder**

mein Verhalten soll von meinem Stellvertreter als Widerruf in dieser konkreten Situation gewertet werden, weil ich ein Risiko der vorherigen Fehleinschätzung ausschließen möchte.

**oder**

mein Stellvertreter soll eine meinen Überzeugungen entsprechende Interpretation meines Verhaltens vornehmen und sich dabei ggf. mit einer von mir zu diesem Zwecke benannten Vertrauensperson beraten.

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 meinem Vertreter erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, sind meine Behandlungswünsche bzw. mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln (§1901a Abs.2 BGB). Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem Vertreter.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und/oder beraten lassen durch:

---

---

---

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

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

---

Ort/Datum/Unterschrift

## Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

---

Herr/Frau

wurde von mir am \_\_\_\_\_ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

---

Datum/Unterschrift, Stempel des Arztes

## Bearbeitungsvermerke für Einrichtungen

Patientenverfügung am \_\_\_\_\_ zu den Bewohnerunterlagen genommen.

Am \_\_\_\_\_ mit dem Bewohner über die Patientenverfügung gesprochen und gewünschte Verhaltensweisen für Notfallsituationen geklärt.

## Aktualisierung/en

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift



## Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

---

Herr/Frau

wurde von mir am \_\_\_\_\_ bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

---

Datum/Unterschrift, Stempel des Arztes

## Bearbeitungsvermerke für Einrichtungen

Patientenverfügung am \_\_\_\_\_ zu den Bewohnerunterlagen genommen.

Am \_\_\_\_\_ mit dem Bewohner über die Patientenverfügung gesprochen und gewünschte Verhaltensweisen für Notfallsituationen geklärt.

## Aktualisierung/en

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift

---

Ort/Datum/Unterschrift