

## Meine Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich .....,  
geboren am: .....,  
wohnhaft in: .....,

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich  
Folgendes:

### I. Situationen, die in dieser Patientenverfügung geregelt werden (Zutreffendes bitte kreuzen):

- Ich befinde mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar in einem unmittelbaren Sterbeprozess.
- Ich befinde mich in dem Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, selbst wenn der Zeitpunkt meines Todes noch nicht konkret abzusehen ist.
- Infolge einer Gehirnschädigung bin ich nicht fähig, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen und mit anderen Menschen verbal oder non verbal in Kontakt zu treten. Diese Fähigkeit ist nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer erloschen. Das soll auch gelten, wenn ich gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize zeige und nicht absehbar ist, mein Tod eintritt. Diese Aussagen gelten sowohl für eine direkte Gehirnschädigung, z.B. aufgrund eines Unfalls, eines Schlaganfalls, eines entzündlichen Prozesses im Gehirn als auch für eine indirekte Gehirnschädigung, etwa aufgrund einer Reanimation, eines (skeptischen) Schocks, Multiorgan- oder Lungenversagens.  
Bei diesen Aussagen ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeiten zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustandes aber äußerst unwahrscheinlich ist
- Ich bin infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Abbauprozesses des Gehirns, wie er etwa bei einer Demenzerkrankung auftritt, auch mit umfänglicher und angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Vorstehende Ausführungen sollen auch für nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände gelten, wenn sie vergleichbar sind.
- Zusätzliche Beschreibung von Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll:

.....  
.....  
.....  
.....

## **II. Ist eine der unter I. beschriebenen und angekreuzten Situationen eingetreten, soll folgendes gelten:**

Pflegerische Maßnahmen zur Linderung meines Leidens, insbesondere Maßnahmen der Mundpflege zur Vermeidung des Gefühls von Durst, lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere die Gabe von speziellen Medikamenten zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen, haben zu erfolgen.

Die Schmerz- und Symptombehandlung soll fachgerecht erfolgen,

aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

auch mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen.

Tritt aufgrund dieser pflegerischen oder ärztlichen Maßnahmen eine Verkürzung meines Lebens ein, so nehme ich das ausdrücklich in Kauf.

Ich verlange, dass Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. der Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht überwiegend bzw. ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie beispielsweise künstliche Beatmung, Dialyse oder Operationen,

nicht vorgenommen werden.

Sind solche Maßnahmen wie künstliche Beatmung oder Dialyse bereits – notfallmäßig – eingeleitet worden, verlange ich, dass sie unter der Bedingung dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte, unverzüglich beendet werden.

Eine Verkürzung meines Lebens durch die Medikamente bzw. eine Bewusstseinsstrübung durch sie nehme ich ausdrücklich in Kauf.

nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung vorgenommen werden.

Die Gabe von Antibiotika/Bluttransfusionen

lehne ich ab.

erlaube ich bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

Ich verlange, dass auf Versuche auf

eine Reanimation erfolgen.

eine Reanimation verzichtet wird.  Es soll auch kein Notarzt verständigt werden bzw. dieser im Fall seiner Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Reanimationsmaßnahmen informiert werden.

Ich wünsche, dass keine künstliche Ernährung, sei es über den Mund, die Nase oder eine PEG – Sonde erfolgt durchgeführt wird. Dies gilt auch für intravenöse künstliche Ernährung. Eine Ausnahme gilt nur für den Fall, dass die vorgenannten Maßnahmen zur Beschwerdelinderung ärztlich indiziert sind.

## **III. Ort der Behandlung**

Die ärztliche und pflegerische Versorgung in der unter I. genannten Situation soll

soweit es möglich ist in vertrauter Umgebung bzw. zu Hause erfolgen.

vorrangig in einem Hospiz erfolgen.

vorrangig in einem Krankenhaus erfolgen.

#### IV. Sonstige Wünsche und Erklärungen

Ich wünsche eine Begleitung durch:

Seelsorgerische Begleitung

Begleitung durch Angehörige, nämlich .....

Versorgung in einem Hospiz

Vermeidung der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung

.....

.....

Ich habe meiner Patientenverfügung noch persönliche Einstellungen und Ergänzungen beigefügt. Sie sollen Bestandteil dieser Verfügung sein und nähere Erklärungen meiner Wünsche und Vorstellungen geben.

Ich habe eine Vorsorgevollmacht erteilt. Der/ Die Bevollmächtigte(n) sind über meine Patientenverfügung und meine Vorstellungen informiert. Sie/er soll für die Durchsetzung meiner Patientenverfügung Sorge tragen. Sie/er soll die Behandlung zu organisieren, dass meinem Willen entsprochen wird.

Ich habe keine Vorsorgevollmacht erteilt, aber eine Betreuungsverfügung.

Ich bin bereit, meine Organe zu spenden und habe einen Organspenderausweis ausgefüllt. Werden in diesem Rahmen bestimmte ärztliche Maßnahmen, etwa eine kurzfristige künstliche Beatmung oder Dialyse, erforderlich,

so dürfen sie trotz der anderslautenden Aussagen in meiner Patientenverfügung durchgeführt werden. Insoweit geht meine Bereitschaft zur Organspende vor.

so dürfen sie trotz meiner Bereitschaft zur Organspende nicht durchgeführt werden. Insoweit geht meine Patientenverfügung vor.

Vor der Abfassung dieser Patientenverfügung habe ich mich längere Zeit mit meinen persönlichen Wertvorstellungen und meinen Wünschen in Hinblick auf einen in Zukunft möglicherweise eintretenden Krankheitsfall beschäftigt. Die vorstehende Patientenverfügung soll als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes gelten. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der fehlenden Möglichkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung unterstellt wird, dass sich meine Einstellungen und Wünsche geändert haben könnten, solange ich nicht diese Änderung ausdrücklich schriftlich oder gegenüber Zeugen mündlich widerrufen habe.

Mir ist bewusst, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

Bei der Erstellung dieser Patientenverfügung habe ich zugrunde gelegt, dass sie so lange wirksam bleibt, bis ich eine Abänderung oder einen Widerruf vornehme. Deshalb werde ich keine regelmäßige Bestätigung vornehmen, sondern Änderungen, sofern sie erforderlich sind mit einer neuen Patientenverfügung regeln.

Arzt meines Vertrauens ist:

.....  
.....

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich von folgender(n) Person(en) beraten lassen:

.....  
.....

Sofern es im Rahmen der von mir erstellten Patientenverfügung notwendig wird, gemäß § 1901b Abs. 2 BGB Angehörige oder Vertrauenspersonen anzuhören, so ist folgenden Personen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen, wenn damit kein Zeitverlust verbunden ist:

.....  
.....  
.....  
.....

Ich stelle klar, dass der Verfolgung meiner Wünsche kein Verlangen auf Tötung einhergeht und somit für Ärzte und Pflegekräfte nach geltendem Recht keine strafrechtlichen Konsequenzen drohen.

In einer Lebens- oder Behandlungssituation, die ich in meiner Patientenverfügung nicht konkret geregelt habe, entspricht es meinem Willen, dass meine Behandlungswünsche bzw. mein mutmaßlicher Wille möglichst einvernehmlich unter Beteiligung aller meiner Angehörigen und Vertrauenspersonen ermittelt wird. Bei den Überlegungen dieser Personen soll meine Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bestehen unterschiedliche Meinungen darüber, welche ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen anzuwenden bzw. zu unterlassen sind, soll dem Urteil folgender Person(en) eine besondere Bedeutung zukommen:

- der/dem Bevollmächtigten
- der/dem Betreuer(in)
- der/dem behandelnden Ärztin/Arzt
- .....

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**O Zusatz:** Meine persönlichen Zusätze zu der vorstehenden Patientenverfügung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift