

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich

---

Name, Vorname

Geb.-Datum

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

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

## 1. Diese Verfügung gilt, wenn ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Personen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung von zwei erfahrenen Ärzten mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit unwiederbringlich erloschen ist, auch wenn der Todeszeitpunkt nicht näher festgelegt werden kann. Dies gilt sowohl durch direkte Gehirnschädigungen, die durch einen Unfall, Schlaganfall oder Entzündung verursacht sein können, wie auch durch indirekte Gehirnschädigungen, die durch Schock, Wiederbelebung oder Lungenversagen verursacht sein können.  
Es ist mir bekannt und bewusst, dass die Fähigkeit, Empfindungen zu registrieren, erhalten sein kann, und auch ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen ist, aber eher als unwahrscheinlich gilt
- infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie z. B. Demenzerkrankung, auch mit andauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, auf natürliche Weise Nahrung oder Flüssigkeit zu mir zu nehmen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Festlegung zu Umfang und Beendigung ärztlicher Maßnahmen

### 2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

#### Ich wünsche, dass in den beschriebenen Situationen

- alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten, und um meine Schmerzen und Beschwerden zu lindern. Dies beinhaltet auch die künstliche Beatmung, Blutwäsche, Einnahme von Antibiotika oder anderen Medikamente.
- ich auch fremdes Gewebe oder Organe erhalte, wenn dadurch mein Leben verlängert wird
- alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Ich erwarte aber eine fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten, menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Beschwerden.
- keine Wiederbelebensmaßnahmen
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2.2 Schmerz- und Symptombehandlung

#### Ich wünsche, dass in den beschriebenen Situationen eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung durchgeführt wird. Es ist aber zu beachten, dass ich

- keine Bewusstseins dämpfenden Mittel erhalte
- bei Versagen aller sonstigen medizinischen Möglichkeiten Bewusstseins dämpfende Mittel erhalte
- eine nicht zu erwartende ungewollte Verkürzung meines Lebens durch die Schmerz- und Symptombehandlung nehme ich in Kauf.
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2.3 Künstliche Nahrungsaufnahme

Ich wünsche, dass in den beschriebenen Situationen

- eine künstliche Ernährung begonnen und/oder weiter geführt wird
- keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Zufuhr der Nahrung, wie z. B. Ernährung durch Sonde, erfolgt
- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und/oder weiter geführt wird
- keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgt
- eine Reduzierung der künstlichen Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen durchgeführt wird

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

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

### 2.4 Betreuungsgerichtliche Genehmigungen

Besteht die begründete Gefahr, dass auf Grund der ärztlichen Maßnahme eine erhebliche dauerhafte Schädigung zu erwarten ist, oder durch die Maßnahme der Tod eintreten kann, so erwarte ich ,

- dass diese Maßnahme durch ein Betreuungsgericht genehmigt wird (§ 1904 BGB)
- dass diese Maßnahme auch ohne Zustimmung eines Betreuungsgerichtes erfolgt.

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

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

### 3. Organspende

- Einer Organspende stimme ich nach meinem Tod zu
- Einer Organspende stimme ich nach meinem Tod nicht zu
- Einer Organspende stimme ich nach meinem Tod zu, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

### 4. Andere Bestimmungen

- Ich habe eine Ergänzung meiner Patientenverfügung verfasst.
- Ich habe eine Vorsorgevollmacht verfasst. Die Bestimmungen und den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit der mir bevollmächtigten Person besprochen.
- Ich habe eine Betreuungsverfügung verfasst. Die Bestimmungen und den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit meinem/r möglichen Betreuer/in besprochen.

- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Sonstige Anmerkungen:

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

Ich habe diese Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ist eine Situation hier nicht aufgelistet, so ist diese Patientenverfügung als Grundlage für Entscheidungen anzusehen.

Diese Patientenverfügung gilt bis zum Widerruf. Der Widerruf kann entweder schriftlich oder nachweislich mündlich erfolgen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift