

# Patientenverfügung

(§ 1901A ABSATZ 1 BGB)

Ich, \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname),

geboren am \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Ich möchte in Würde sterben und bitte meine Ärzte, Angehörigen und Pfleger mir dabei beizustehen.

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 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.
- 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, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung.

## Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.  
*oder*
- verzichte ich auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung ärztlicher Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung dienen. Daher bestimme ich für den Fall, dass ich mich in eine der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass
- mir keine lebenserhaltenden oder -verlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese u.U. meine Lebenszeit verkürzen,

- Für den Fall, dass in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation eine der vorgenannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, widerrufe ich meine Einwilligung in die Aufrechterhaltung dieser Maßnahme und verlange deren Einstellung.

Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung.

## Schmerz- und Symptombehandlung

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

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.  
*oder*
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

## Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.  
*oder*
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.  
*oder*
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

## Wiederbelebung

a) In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.  
*oder*
- die Unterlassung von Versuchen der 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 Wiederbelebensmaßnahmen ab.

*oder*

lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher 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 bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

*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 bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

*oder*

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

## Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

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

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Beistand durch eine/n Vertreter/in folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- hospizlichen Beistand.

## Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ich 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 geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.  
*oder*  
 Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## Schlussformel

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung in einer der o.g. Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.

Mein Hausarzt \_\_\_\_\_ (Name, Anschrift)

hat mich am \_\_\_\_\_ über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation aufgeklärt.

Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen.  
Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

---

*Datum, Unterschrift*

### **Entbindung Schweigepflicht**

Mein behandelnder Arzt ist berechtigt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und ist insoweit von der Schweigepflicht entbunden:

Name: \_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **Hinweis auf weitere Verfügungen**

Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst:

Name: \_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

Anschrift: \_\_\_\_\_

---

*Datum, Unterschrift*

### **Zur späteren Bestätigung der Verfügung:**

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat:

---

*Datum, Unterschrift*