

# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,.....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

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

## Wenn ich

- mich allem Anschein nach und unabwendbar unmittelbar im Sterben befinde, Ja  Nein
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, Ja  Nein
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit zur Einsichtsgewinnung, Entscheidungsfindung und Kontaktaufnahme mit anderen Menschen nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist; wobei mir bewusst ist, dass im Falle einer Hirnschädigung die Fähigkeit zu Empfindungen immer noch gegeben sein kann und ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen ist, Ja  Nein
- infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. infolge Demenz) auch mit nachhaltiger Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Ja  Nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

Weitere Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll:

---

---

---

---

**In allen vorhergenannten Situationen verbiete ich alle lebenserhaltenden Maßnahmen, die das Sterben ohne Aussicht auf Besserung hinauszögern, insbesondere**

- künstliche Ernährung, Ja  Nein
- Flüssigkeitszufuhr, außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung, Ja  Nein
- Wiederbelebungsmaßnahmen, Ja  Nein
- künstliche Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte, wobei ich die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung und/oder einer Lebensverkürzung durch entsprechende Medikamente in Kauf nehme, Ja  Nein

- Dialyse, Ja  Nein
- Antibiotika zur Lebensverlängerung, Ja  Nein
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen Ja  Nein

**In allen vorhergenannten Punkten verlange ich** Ja  Nein

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere der Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz)**

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, unabhängig von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung oder Flüssigkeit aufnehmen zu können und unabhängig von meiner geistigen Beeinträchtigung verbiete ich

- Eine Wiederbelebung im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes. Ja  Nein
- Jede lebensverlängernde ärztliche Behandlung bei einer hinzutretenden, potentiell tödlichen verlaufenden Krankheit, damit ich sterben kann. Es darf nur noch eine palliative Behandlung stattfinden, die Schmerzen und quälende Symptome lindert. Ja  Nein

**Organspende**

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meiner Bereitschaft zur Organspende erkläre. In diesem Fall geht meine Bereitschaft zur Organspende den Aussagen in meiner Patientenverfügung zum Zwecke der Organspende vor. Ja  Nein

Ich habe  **Vorsorgevollmacht/en**  **Betreuungsverfügung** erstellt für:

Name/n, Adresse

---



---



---



---

und möchte, dass mein(e) Vertreter(in) meinen Willen umsetzen, sollte eine Ärztin oder ein Arzt nicht bereit sein, diesen zu befolgen. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, sollen Ärzte und Vertreter(in) gemeinsam meinen mutmaßlichen Willen ermitteln und diese Patientenverfügung als Richtschnur beachten.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

**Ich wünsche eine Begleitung durch (z.B. Seelsorge, Hospizdienst,...)**

---

---

Ich unterschreibe diese Verfügung nach reiflicher Überlegung, bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diese Verfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

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

---

Ort, Datum vollständige Unterschrift des Verfassers

**Ich habe meine Patientenverfügung nochmals geprüft und bestätige sie erneut:**

---

Ort, Datum vollständige Unterschrift des Verfassers

---

Ort, Datum vollständige Unterschrift des Verfassers

---

Ort, Datum vollständige Unterschrift des Verfassers