

# Patientenverfügung

---

Ich,

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

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

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  ja  nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.  ja  nein
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.  ja  nein
- Wenn ich infolge eines sehr 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
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (optional):  ja  nein

---

---

---

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

## 2. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

### *Lebenserhaltende Maßnahmen*

In den unter Nummer 1 genannten Situationen wünsche ich,

dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst 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.

### *Schmerz- und Symptombehandlung*

In den unter Nummer 1 genannten 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 unter Nummer 1 genannten 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*

In den unter Nummer 1 genannten 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.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

## *Künstliche Beatmung*

In den unter Nummer 1 genannten 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 unter Nummer 1 genannten 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 unter Nummer 1 genannten 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 unter Nummer 1 genannten 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.

### *Organspende*

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. 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: *(Alternativen)*

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

oder

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

### *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:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Beistand durch einen Vertreter/eine Vertreterin folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

---

hospizlichen Beistand.

### *Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht*

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

### 3. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein/e Vertreter/in – z.B. Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte ein Arzt oder eine Ärztin 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/meiner Vertreterin (z.B. Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in) erwarte ich, dass er/sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)

- meiner bevollmächtigten Person.
- meinem Betreuer/meiner Betreuerin.
- dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.
- anderer Person:

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte und Ärztinnen/das Behandlungsteam/mein/e Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (*Alternativen*)

- meiner bevollmächtigten Person.
- meinem Betreuer/meiner Betreuerin.
- dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.
- anderer Person:

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

oder

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von \_\_\_\_\_ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

#### 4. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt, für:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt, für:

Name (ggf. Geburtsname)	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Handynummer, E-Mailadresse	

#### 5. Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

---

---

---

---

---

---



## 6. Information und Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung

informiert bei/durch:

---

---

beraten lassen durch:

---

---

## 7. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Wurde von mir am \_\_\_\_\_ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

## 8. Schlussformel und Schlussbemerkung

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.
- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Aktualisierung

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

in vollem Umfang.

oder

mit folgenden Änderungen:

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

in vollem Umfang.

oder

mit folgenden Änderungen:

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

in vollem Umfang.

oder

mit folgenden Änderungen:

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





## Was mir jetzt wichtig ist<sup>2</sup>

Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:

---

---

---

---

---

---

---

---

### *Darüber hinaus ist mir besonders wichtig*

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

- Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und diese ambulant nicht durchgeführt werden können.
- Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus eingeliefert werden:

---

Name der Einrichtung/des Krankenhauses

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Kontaktdaten

- Ich wünsche Beistand durch einen Vertreter/eine Vertreterin folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

---

- Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst.

---

<sup>2</sup> Grundsätzliche Überlegungen (z.B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u.a.).

## Aktuelle Medikation

Medikament	Uhrzeit							Zweck

Zuletzt geändert am \_\_\_\_\_

---

Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Kontaktdaten

---

Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

## Notfallplan<sup>3</sup>

Mögliche Komplikation	Gewünschte Behandlung

---

Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Kontaktdaten

---

Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin/der Palliativfachkraft

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

<sup>3</sup> Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin oder der Palliativfachkraft ausgefüllt werden.

## Hinweis zu COVID19 und vergleichbaren Erkrankungen

---

„Einer Änderung oder Ergänzung des Formulars im Hinblick auf COVID-19-Erkrankungen bedarf es grundsätzlich nicht. Die Frage der Beatmung, die sich im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung stellen kann, bedarf allerdings einer gesonderten Betrachtung, denn eine (kurzzeitige) Beatmung kann auch bei hochbetagten und vulnerablen Patienten erfolgreich sein. Aus diesem Grund unterscheidet sich diese Situation deutlich von den unter Nummer 1, Punkt 1 bis 4 des Formulars beschriebenen Situationen. Die Patientenverfügung und damit das Behandlungsverbot in Bezug auf die künstliche Beatmung greift deshalb in der Regel bei einer COVID-19-Erkrankung nicht. Wenn der Wunsch besteht, eine Beatmung im Falle einer COVID-19-Erkrankung in jedem Fall auszuschließen, sollte dies daher in einem Zusatz zur Patientenverfügung explizit festgehalten werden. Dies gilt grundsätzlich für alle potenziell heilbaren Erkrankungen, auch im Rahmen einer vergleichbaren künftigen Pandemie.“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> BStMdJ (2021): *Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter*, 20. Auflage, München: C.H. Beck, oHG.