

# Patientenverfügung

Ich, ..... geboren am: .....

wohnhaft in: .....

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

## 1. Die Situationen, für die diese Verfügung gilt, sind folgende:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde..... Ja :  Nein:
- Wenn nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen, z. B. durch einen Unfall, Schlaganfall, eine Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen..... 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:
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist Ja :  Nein:
- Für akutstationäre Behandlung: Nach einer Dauer von max. ....Tagen wünsche ich die Abstimmung mit meinem Vertreter bezüglich einer prognoseabhängigen Begrenzung der lebenserhaltenden Therapie Ja :  Nein:

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

## 2. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Das mögliche Risiko einer dadurch verkürzten Lebenszeit nehme ich in Kauf..... Ja :  Nein:
- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Körperpflege und Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls..... Ja :  Nein:
- Begleitung (z. B. Hospizdienste, Seelsorge, u. a.)..... Ja :  Nein:

## 3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern..... Ja :  Nein:
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen..... Ja :  Nein:
- keine Antibiotika und Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen..... Ja :  Nein:
- keine künstliche Niere..... Ja :  Nein:

**4. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (also bei Gehirnschädigungen mit voraussichtlich irreversiblen Bewusstseinsverlust), wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange:**

- **Verzicht auf künstliche Ernährung (weder über Magensonde oder durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über die Vene).....** Ja :  Nein:
- **verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.....** Ja :  Nein:

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. Ich weiß sehr wohl, dass ich im Koma vielleicht in irgendeiner Form, vielleicht "auf anderer Ebene" meine Umwelt wahrnehmen könnte und ich aus einem dauerhaften Komazustand möglicherweise aufwachen könnte.

**5. Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe .....** Ja :  Nein:

wenn ja, sind für die Durchführung einer Organentnahme ärztliche Maßnahmen wie z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung notwendig, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe

gilt in diesem Punkt mein Organspendeausweis  oder gilt meine Patientenverfügung

**6. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen.....** Ja :  Nein:

**Als Ersatzperson:**

Name: ..... Name: .....  
 Anschrift: ..... Anschrift: .....  
 Telefon: ..... Telefon: .....

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation eine mögliche Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich widerrufen habe. Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigelegt sind, sollen sie als interpretierender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ort	Datum	Unterschrift

*Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung für die Wirksamkeit ist nicht verpflichtend. Wir raten aber, sich umfassend zu informieren.*

**Arzt/Ärztin meines Vertrauens:**

**Name:** ..... **Telefon:** .....

**Anschrift:** .....

Diese Patientenverfügung ist nach § 1901a,b BGB sowie § 1904 BGB für Ärzte rechtsverbindlich. Die Missachtung der Verfügung kann strafrechtliche Folgen für den Arzt haben.