

## Wichtige Hinweise:

Dieser Vordruck einer Patientenverfügung soll Ihnen Anlass geben, sich mit den entsprechenden Fragen gründlich auseinander zu setzen. Deshalb sind Ankreuzfelder für Ihre Entscheidungen vorgesehen.

Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen ebenso eine individuelle Gestaltung der Patientenverfügung nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen.

Dies bedingt aber auch, dass Sie sich an den entsprechenden Stellen jeweils für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Patientenverfügung in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig. Wollen Sie jeden Zweifel vermeiden, können Sie jeden Absatz mit Ihrer Unterschrift versehen. Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den möglichen Vorwurf nachträglicher Veränderung entkräften. Die nachstehenden Textbausteine enthalten zudem zum Teil sich ausschließende Möglichkeiten (durch das Wort „ODER“ gekennzeichnet). Kreuzen Sie hier immer nur eine der aufgeführten Alternativen an.

### Bitte verwenden Sie Sorgfalt auf das Ausfüllen!

Bei Zweifeln oder Unsicherheiten sollten Sie unbedingt den Rat einer Rechtsanwältin/eines Rechtsanwalts oder einer Notarin/eines Notars suchen oder die Hilfe eines Betreuungsvereins oder einer sonstigen fachkundigen Organisation in Anspruch nehmen. Eine fachkundige Beratung kann Ihnen helfen, Widersprüche zwischen einzelnen Festlegungen zu vermeiden.

Es ist sehr empfehlenswert, eine Patientenverfügung mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt oder einer/einem anderen Ärztin/Arzt Ihres Vertrauens zu besprechen. Wenn Sie sich aber entschließen, Ihre Verfügung ohne solche Beratung niederzulegen, lesen Sie bitte den vorgeschlagenen Text sorgfältig durch. Beschäftigen Sie sich auch mit den medizinischen Erläuterungen hierzu.

## SCHRIFTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

### 1. EINGANGSFORMEL

Ich,

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname-n)

\_\_\_\_\_  
(geboren am, Geburtsort)

\_\_\_\_\_  
(wohnhaft in)

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

### 2. SITUATIONEN, FÜR DIE DIESE VERFÜGUNG GILT:

Die von mir hier angekreuzte  
Situation soll für meine Verfügung gelten:

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  JA  NEIN
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.  JA  NEIN
- 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  JA  NEIN

\_\_\_\_\_  
(Können hier namentlich benannt werden!)

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<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene

- 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<sup>2)</sup>.  JA  NEIN

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:  JA  NEIN

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können!)

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

### 3. FESTLEGUNGEN ZUR EINLEITUNG, ZUM UMFANG ODER ZUR BEENDIGUNG BESTIMMTER ÄRZTLICHER MASSNAHMEN

(Bitte sich ausschließende und mit „ODER“ gekennzeichnete Möglichkeiten beachten!)

Die von mir hier angekreuzte Festlegung treffe ich und soll für meine Verfügung gelten:

#### LEBENSERHALTENDE MASSNAHMEN

In den oben unter 2. beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

#### 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<sup>3)</sup>

In den oben unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

#### ODER

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

#### KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG<sup>4)</sup>

In den oben unter 2. beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

#### ODER

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

#### KÜNSTLICHE FLÜSSIGKEITZUFUHR<sup>5)</sup>

In den oben unter 2. beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

<sup>2)</sup> Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

<sup>3)</sup> Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die

**ODER**

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

**ODER**

- die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung).

**WIEDERBELEBUNG<sup>6)</sup>**

**A.** In den oben unter 2. beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

**ODER**

- die Unterlassung von Versuchen zur 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 unter 2. beschriebenen und angekreuzten 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 unerwartet eintreten.

**KÜNSTLICHE BEATMUNG**

In den oben unter 2. beschriebenen und angekreuzten 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 unter 2. beschriebenen und angekreuzten 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 unter 2. beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

**ODER**

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

---

Folge sein kann (erlaubte sog. Indirekte Sterbehilfe).

<sup>4)</sup> Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten.

<sup>5)</sup> Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

<sup>6)</sup> Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbe-

## BLUT/BLUTBESTANDTEILE

In den oben unter 2. beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

## 4. ORT DER BEHANDLUNG, BEISTAND

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

ODER

- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

---

---

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

---

- Hospizlichen Beistand durch folgenden Hospizdienst:

---

## 5. AUSSAGEN ZUR VERBINDLICHKEIT, ZUR AUSLEGUNG UND DURCHSETZUNG UND ZUM WIDERRUF DER PATIENTENVERFÜGUNG

Ich stimme der von mir hier angekreuzten Aussage zu und diese Aussage soll für meine Verfügung gelten:

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.  JA  NEIN

- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt 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 meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.  JA  NEIN

- 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 Personen besondere Bedeutung zukommen:  JA  NEIN

lebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

(Alternativen)

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- andere Person:

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Telefax)

- 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 Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/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 Personen besondere Bedeutung zukommen:

JA  NEIN

(Alternativen)

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- andere Person:

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Telefax)

## 6. HINWEISE AUF WEITERE VORSORGEVERFÜGUNGEN

Die von mir hier angekreuzte Aussage trifft zu und diese Aussage soll für meine Verfügung gelten:

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

JA  NEIN

Bevollmächtigte(r)

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Telefax)

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt.  JA  NEIN

ggf.:

- Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen.  JA  NEIN

Gewünschte(r) Betreuer(in)

(Name)

(Anschrift)

(Telefon)

(Telefax)

## 7. HINWEIS AUF BEIGEFÜGTE ERLÄUTERUNGEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.  JA  NEIN
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:  JA  KEINE

## 8. ORGANSPENDE

Die von mir hier angekreuzte Alternative trifft zu und diese Alternative soll für meine Verfügung gelten:

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu<sup>7)</sup>.

ggf.:

Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

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.

ODER

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

## 9. SCHLUSSFORMEL

Die von mir hier angekreuzte Aussage trifft zu und diese Aussage soll für meine Verfügung gelten:

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.  JA  NEIN

<sup>7)</sup> Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes.

## 10. SCHLUSSBEMERKUNGEN

- Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann. Mir sind die Möglichkeiten der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.  JA  NEIN
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.  JA  NEIN
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.  JA  NEIN
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.  JA  NEIN

## 11. INFORMATION/BERATUNG

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch  JA  NEIN

---

---

(Name, Anschrift, PLZ, Ort, Datum, Telefon, Unterschrift)

und beraten lassen durch  JA  NEIN

---

---

(Name, Anschrift, PLZ, Ort, Datum, Telefon, Unterschrift)

(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

## 12. ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG/BESTÄTIGUNG DER EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT

Eine ärztliche Aufklärung durch die Hausärztin/den Hausarzt oder einer/einen sonstigen Ärztin/Arzt des Vertrauens hat stattgefunden.  JA  NEIN

Von der Ärztin/Vom Arzt, mit der/dem das ärztliche Aufklärungsgespräch geführt wurde, auszufüllen:

Herr/Frau

wurde von mir am

bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum, Ort, Telefon

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden. Ein beratendes Gespräch mit einer Notarin/einem Notar hat stattgefunden.  JA  NEIN

Von der Notarin/Vom Notar, mit der/dem das beratende Gespräch geführt wurde, auszufüllen:

Herr/Frau

wurde von mir am

bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum, Ort, Telefon

Unterschrift, Stempel der Notarin/des Notars

### 13. GÜLTIGKEIT, AKTUALISIERUNG

Die von mir hier angekreuzte Alternative trifft zu und diese Aussage soll für meine Verfügung gelten:

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

#### ODER

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von

(Zeitangabe)

ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

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

- in vollem Umfang.

#### ODER

- mit folgenden Änderungen:

### 14. UNTERSCHRIFT

Datum, Ort

Unterschrift

### Beglaubigungsvermerk

Es wird beglaubigt, dass die/der obengenannte von Person bekannte bzw. ausgewiesene Frau/Herr

Vorname-n, Familienname

diese Erklärung in meiner Gegenwart abgegeben und eigenhändig unterschrieben hat.

Die Gebühr in Höhe von  EUR wurde gezahlt.

Datum, Unterschrift der/des Ortsgerichtsvorsteher-in/-s bzw. -Vertreter-in/-s

Dienststempel