

# Patientenverfügung

# Patientenverfügung

Von

---

Vorname

---

Nachname

---

Geburtsdatum

---

PLZ

---

Wohnort

---

Straße, Haus-Nr.

---

Telefon

## 1. Meine Werte und Wünsche, mein Lebensbild

Am Ende meines Lebens erwarte ich von allen, die mir beizustehen versuchen, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder vom eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen. Ich glaube, dass auch mein Sterben zu meinem Leben gehört, und möchte daher beim Eintreten meines Sterbeprozesses keine Verlängerung meines Lebens um ihrer selbst willen.

Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Sterben:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

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

- durch Gehirnschädigung oder geistige Verwirrung aller Wahrscheinlichkeit und der Einschätzung zweier erfahrener Ärzte nach unwiederbringlich die Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen oder mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.
- unter chronischen Schmerzen leide, die auf Dauer nicht anders zu kontrollieren sind als durch einen Zustand der Bewusstlosigkeit.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll)

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

#### **Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- die Gabe von Medikamenten und Blut oder Blutbestandteilen, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.
- die Gabe von Medikamenten und Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung von Beschwerden.
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden und nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

## **Schmerz und Symptombehandlung**

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Wenn alle medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, dann

- lehne ich Mittel ab, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen.
- akzeptiere ich auch Mittel, die mich dauerhaft in einen Zustand der Bewusstlosigkeit versetzen.

## **Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr**

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird.
- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Ernährung.
- die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr.
- die Reduktion künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

## **Künstliche Beatmung und Dialyse**

In den unter 2. beschriebenen Situationen,

- erwarte ich eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert.
- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängert.
- lehne ich eine künstliche Beatmung bzw. die Fortsetzung einer eingeleiteten Beatmung ab, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich dabei in Kauf.
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

## **Wiederbelebende Maßnahmen**

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.
- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

**Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:**

---

---

---

---

---

---

---

**4. Aufenthalt und Beistand**

Ich möchte in meiner letzten Lebensspanne

- wenn irgend möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.
- ins Krankenhaus verlegt werden.
- eine seelsorgerische Betreuung.
- das Sakrament der Krankensalbung empfangen.
- Beistand durch folgende Personen:

---

---

**5. Vorsorgevollmacht**

- Ich habe folgender Vertrauensperson eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge erteilt und Kopien der Vollmacht und der Patientenverfügung überlassen:

---

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

---

PLZ	Wohnort	Straße, Haus-Nr.	Telefon
-----	---------	------------------	---------

## 6. Verbindlichkeit

- Ich erwarte, dass der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille befolgt wird und der von mir in der Vorsorgevollmacht benannte Bevollmächtigte Sorge für dessen Durchsetzung trägt.
- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung maßgeblich sein.
- Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens unterstellt wird – außer wenn aufgrund von meinen Gesten, Blicken oder anderen Äußerungen Zweifel entstehen; dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten mein mutmaßlicher, aktueller Wille zu ermitteln.

---

(Ort, Datum und Unterschrift)

Die vorstehende Erklärung ist in meinem Beisein von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ im Vollbesitz der geistigen Kräfte unterschrieben worden. Ich habe mich davon überzeugt, dass die Erklärung ihrem/seinem Willen entspricht.

---

(Ort, Datum, Unterschrift, Stempel)

Diese Patientenverfügung wurde erneut besprochen und bestätigt.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)

Die vorstehende Erklärung ist in meinem Beisein von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ im Vollbesitz der geistigen Kräfte unterschrieben worden. Ich habe mich davon überzeugt, dass die Erklärung ihrem/seinem Willen entspricht.

---

(Ort, Datum, Unterschrift, Stempel)