

Achtung: Bei einigen Punkten können Sie eine Mehrfachauswahl treffen!

Für den Fall, dass ich,

### Meine Daten

Name Geburtsname

Vorname

Geboren am Geburtsort

Anschrift

aufgrund eines Unfalles, Krankheit, Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsbeeinträchtigung, vorübergehend oder dauerhaft nicht fähig sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen bzw. meine Wünsche betreffend medizinischer Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, verfüge ich Folgendes:

### I. Für folgende exemplarische Situationen soll diese Verfügung gültig sein:

Wenn ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit, unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- im Endstadium einer unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheit bin, auch dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen und Entscheidungen zu treffen, verliere, mit anderen Menschen nicht mehr in Kontakt treten kann und nach Einschätzung erfahrener Ärztinnen oder Ärzte,

nämlich

aller Wahrscheinlichkeit nach mich darin befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

So soll dies für direkte Gehirnschädigungen (z.B. durch einen Unfall, Schlaganfall oder eine Entzündung), ebenso für indirekte Gehirnschädigungen (z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) gelten.

Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann sowie ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht gänzlich sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

- infolge eines längst fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) und auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

### 2. Lebenserhaltende Maßnahmen

Bei den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- alles medizinisch Mögliche zu tun, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern
- (und) Organspenden oder fremdes Gewebe etc. zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Jedoch sollen Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, wenn erforderlich mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

### 3. Schmerz- und Symptombehandlung

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

- allerdings ohne den Einsatz bewusstseinsdämpfender Mittel.
- auch mit Hilfe bewusstseinsdämpfender Mittel, wenn sonst alle anderen medizinischen Möglichkeiten zur Beschwerdelinderung versagen.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit aufgrund von schmerz- und symptomlindernden Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### 4. Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- eine künstliche Ernährung zu beginnen oder weiterzuführen.
- keine künstliche Ernährung – unabhängig von ihrer Zuführungsform (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge).

## 5. Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- auf jeden Fall eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- dass die künstliche Flüssigkeitszufuhr reduziert wird, nach ärztlichem Ermessen.
- dass jegliche Form der künstlichen Flüssigkeitszufuhr unterlassen wird.

## 6. Wiederbelebung

### 6.1. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass

- Wiederbelebungsversuche in jedem Fall unternommen werden.
- Versuche zu meiner Wiederbelebung unterbleiben.
- (und) dass kein Notarzt verständigt wird bzw. dass ein eventuell hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

### 6.2. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern auch in allen anderen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- sollen alle Wiederbelebungsmaßnahmen unterbleiben.
- sollen alle Wiederbelebungsmaßnahmen unterbleiben, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

## 7. Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängern kann.
- dass die künstliche Beatmung unterlassen wird bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird – unter der Voraussetzung, dass mir Medikamente zur Linderung der Luftnot verabreicht werden. Eine mögliche Bewusstseinsdämpfung oder eine ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

### 8. Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann.
- dass eine Dialyse unterlassen wird bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### 9. Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, sofern dies mein Leben verlängern kann.
- dass Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden verabreicht wird.

### 10. Blut und Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Verabreichung von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
- die Verabreichung von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

### 11. Organspende

- Eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken lehne ich ausdrücklich ab.
- Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt und
- stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Sollte sich – nach ärztlicher Beurteilung – ein Hirntod abzeichnen und ich somit als Organspender in Betracht kommen, und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, wie ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
- geht die Organspende vor.
- haben alle Bestimmungen meiner Patientenverfügung weiter ihre Gültigkeit.

## 12. Ort der Behandlung

- Zum Sterben möchte ich ins Krankenhaus verlegt werden.
- Ich möchte zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- Ich möchte zum Sterben in ein Hospiz.

## 13. Beistand

- Ich möchte persönlichen Beistand und/oder geistlichen Beistand

durch folgende Personen:

---



---



---



---

## 14. Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Verfügung

**14.1** Ich erwarte, dass mein Wille wie in dieser Verfügung geäußert, in bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den Ärztinnen und Ärzten sowie dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein/e Vertreter/in soll/en dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Wenn eine Ärztin, ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein sollten, diesen hiermit geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/meinem Vertreter/in erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

**14.2** Sollten dennoch Situationen entstehen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtlinie maßgeblich sein.

Über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche und pflegerische Maßnahmen soll die letzte Entscheidung bei:

- meiner/meinem Bevollmächtigten liegen.
- meiner/meinem Betreuer/in liegen.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt liegen.

**14.3** Sollte ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen haben, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Sollten jedoch aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Behandlungsteam, mein/e Bevollmächtigte/r, mein/e Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich – entgegen aller Festlegungen in meiner Patientenverfügung – doch behandelt oder nicht mehr behandelt werden möchte, dann soll – möglichst im Konsens aller Beteiligten – ermittelt werden, ob die Festlegungen in dieser Verfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

**14.4** Eine letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche und pflegerische Maßnahmen liegt bei:

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner/meinem Betreuer/in.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

### 15. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Zu dieser Patientenverfügung habe ich zusätzlich eine Vorsorgevollmacht erteilt und inhaltlich mit folgender, von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Stadt \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Meine Betreuungsverfügung und den Inhalt meiner Patientenverfügung habe ich mit genannter/ genanntem, von mir gewünschten Betreuer/in besprochen:

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Stadt \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Einen Notfallbogen habe ich auch bei meiner/meinem Hausärztin/Hausarzt ausgefüllt der diesen bestätigt hat.

## 16. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Zu meiner Patientenverfügung habe ich als Interpretationshilfen beigelegt:

- Erläuterung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

---

---

---

---

## 17. Aktualisierung

Ich behalte mir vor, diese Patientenverfügung jederzeit zu widerrufen.

Hiermit bestätige ich, dass meine Verfügung und die hier niedergelegten Willensbekundungen von mir in vollem Umfang bestätigt werden.

## 18. Schlussformel

Ich verzichte auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung bezüglich meiner gewünschten oder abgelehnten Behandlungsformen.

## 19. Schlussbemerkungen

**19.1** Mir ist bekannt, dass ich eine Patientenverfügung ändern oder widerrufen kann.

**19.2** Über den Inhalt und dessen Konsequenzen zu meiner hier getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

**19.3** Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte habe ich diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

19.4 Vor der Erstellung dieser Patientenverfügung habe ich mich ausreichend informiert

bei/durch \_\_\_\_\_

und beraten lassen durch \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit**

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_

über mögliche Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.  
Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Arzt und Stempel \_\_\_\_\_

(Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.)

**Aktualisierung (sollte alle zwei Jahre bestätigt werden)**

1. Die vorstehend gemachte Erklärung entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

2. Die vorstehend gemachte Erklärung entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_