

# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, .....

geboren am: ..... in: .....

wohnhaft in: .....

**meine Willenserklärung nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich ohne Zwang und aus freiem eigenem Willen Folgendes:**

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn in Folge einer Schädigung des Gehirns meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, 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 äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Wenn es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

## (weitere Situationen)

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 allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit der Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

- Ich wünsche eine Begleitung

durch Hospizdienst ..... (Name und Anschrift)

durch Seelsorge ..... (Name und Anschrift)

durch Frau/Herrn..... (Name und Anschrift)

**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 würden.

- Keine Wiederbelebensmaßnahmen.

**4. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene).

- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.**

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person(en) besprochen.

Ja       nein

**Bevollmächtigte(r)**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

Sollten aufgrund der Rechtslage meine Wünsche von einem Gericht genehmigt werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten, die Zustimmung des Gerichts auch mit Hilfe eines Rechtsanwalts zu erlangen. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

ja       nein

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Ich weiß, dass ich diese Verfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

, den.....

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

<b>Der/die</b> .....	<b>geb. am</b> .....
wohnhaft in .....	
von Person bekannt/ausgewiesen durch .....	
hat die vorstehende Unterschrift vor dem Unterzeichneten eigenhändig vollzogen, was hiermit öffentlich beglaubigt wird.	
	<b>, den</b>
(Siegel)	
<b>Tagebuch-Nr.:</b> .....	..... <b>Notar / Ortsgerichtsvorsteher</b>

**Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen \***

nein  ja  von

\_\_\_\_\_  
Name    Anschrift    Telefon

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

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