



# Patienten- verfügung

## Sollte ich

(Titel) Vornamen Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

aufgrund meiner möglichen Gebrechlichkeit bzw. Bewusstlosigkeit nicht mehr in der Lage sein, meine eigenen Wünsche, Vorstellungen und eigenen Willen gegenüber behandelnden Ärzten und Pflegekräften zu äußern, so möchte ich über nachfolgende **Patientenverfügung** bereits Folgendes festlegen:

## Im unmittelbaren Sterbeprozess:

Falls ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem unabwendbaren Sterbeprozess befinde, verlange ich, was ich im Folgenden **angekreuzt** habe:

- auf Maßnahmen zu verzichten, die **bloß den Eintritt des Todes verzögern**.
- bei einem Herz-Kreislaufstillstand **keine Wiederbelebensmaßnahmen** durchzuführen
- mich nicht künstlich zu **ernähren**
- mich nicht künstlich zu **beatmen**
- die **künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu reduzieren**
- mein **Durstgefühl** durch Erhöhung der Luftfeuchtigkeit, durch Mundpflege und ähnliche Maßnahmen **zu stillen**
- Unruhe, Angstgefühl, Schmerzen, Luftnot, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken** und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies meine Lebenszeit unter Umständen verkürzen kann.

## Im Endstadium einer unheilbaren Krankheit:

Falls ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verlange ich, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, was ich im Folgenden **angekreuzt** habe.

Ich verlange:

- auf Maßnahmen zu verzichten, die **bloß den tödlichen Verlauf meiner Krankheit verzögern**.
- bei einem Herz-Kreislaufstillstand **keine Wiederbelebungsmaßnahmen** durchzuführen
- mich nicht künstlich zu **ernähren**
- mich nicht künstlich zu **beatmen**
- die **künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu reduzieren**
- mein **Durstgefühl** durch Erhöhung der Luftfeuchtigkeit, durch Mundpflege und ähnliche Maßnahmen **zu stillen**
- Unruhe, Angstgefühl, Schmerzen, Luftnot, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken** und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies meine Lebenszeit unter Umständen verkürzen kann.

## Bei Gehirnschädigung:

Falls mindestens zwei in der Behandlung solcher Fälle erfahrene Ärzte unabhängig voneinander zu dem Ergebnis kommen, dass ich wegen einer Gehirnschädigung durch zB. Schlaganfall, Unfall, Entzündung oder in Folge eines Herz-Kreislauf-Stillstandes oder Lungenversagens die Fähigkeit, bewusste Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren haben sollte, verlange ich die Maßnahmen, die ich **im Folgenden angekreuzt** habe. Die Maßnahmen gelten auch, falls noch nicht absehbar ist, wann ich sterbe und auch falls nicht völlig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen könnte.

Ich verlange:

- auf Maßnahmen zu verzichten, die **bloß den Eintritt des Todes verzögern**.
- bei einem Herz-Kreislaufstillstand **keine Wiederbelebungsmaßnahmen** durchzuführen
- mich nicht künstlich zu **ernähren**
- mich nicht künstlich zu **beatmen**
- die **künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu reduzieren**
- mein **Durstgefühl** durch Erhöhung der Luftfeuchtigkeit, durch Mundpflege und ähnliche Maßnahmen **zu stillen**
- Unruhe, Angstgefühl, Schmerzen, Luftnot, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken** und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies meine Lebenszeit unter Umständen verkürzen kann.

## Bei Hirnabbau:

Falls mein Gehirn durch Abbauprozesse wie zum Beispiel Demenz so weit beeinträchtigt ist, dass ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und/oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen, selbst mit Hilfe Dritter, so verlange ich, was ich im Folgenden angekreuzt habe.

Ich verlange:

auf Maßnahmen zu verzichten, die **bloß den Eintritt des Todes verzögern**.

bei einem Herz-Kreislaufstillstand **keine Wiederbelebensmaßnahmen** durchzuführen

mich nicht künstlich zu **ernähren**

mich nicht künstlich zu **beatmen**

die **künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu reduzieren**

mein **Durstgefühl** durch Erhöhung der Luftfeuchtigkeit, durch Mundpflege und ähnliche Maßnahmen **zu stillen**

**Unruhe, Angstgefühl, Schmerzen, Luftnot, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken** und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies meine Lebenszeit unter Umständen verkürzen kann.

## Bei Unfällen, schweren Verletzungen und schweren traumatischen Ereignissen:

Falls ich durch Unfall, Gewalt, schwersten Verletzungen oder andere traumatische Ereignisse nicht mehr in der Lage bin, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten sowie Nahrung und/oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen, selbst mit Hilfe Dritter, so verlange ich, was ich im Folgenden angekreuzt habe.

Ich verlange:

auf Maßnahmen zu verzichten, die **bloß den Eintritt des Todes verzögern**.

bei einem Herz-Kreislaufstillstand **keine Wiederbelebensmaßnahmen** durchzuführen

mich nicht künstlich zu **ernähren**

mich nicht künstlich zu **beatmen**

die **künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu reduzieren**

mein **Durstgefühl** durch Erhöhung der Luftfeuchtigkeit, durch Mundpflege und ähnliche Maßnahmen **zu stillen**

**Unruhe, Angstgefühl, Schmerzen, Luftnot, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken** und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies meine Lebenszeit unter Umständen verkürzen kann.

## Organspende:

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich habe einen Organspendeausweis** und bin entsprechend zu Organspenden bereit.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Hirntodes) bei künstlich aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können.

Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Meine **Organspendebereitschaft** gilt für folgende Situationen:

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

unmittelbarer Sterbeprozess

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endstadium einer unheilbaren Krankheit

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hirnschädigung

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hirnabbau

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unfällen, schweren Verletzungen und schweren traumatischen Ereignissen



Meine **Zustimmung zur Organspende** gilt:

für **alle Organe**

**oder**

mit **Ausnahme folgender Organe:**


**oder**

**nur für folgende Organe:**


## Vorsorgevollmacht

Ja     Nein

Neben dieser Patientenverfügung habe ich eine **Vorsorgevollmacht** für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Bevollmächtigte Person:

(Titel) Vornamen Name **bevollmächtigte Person**

Geburtsdatum

Geburtsort

  
  

Adresse

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

Gegebenenfalls weitere bevollmächtigte Person:

(Titel) Vornamen Name **bevollmächtigte Person**

Geburtsdatum

Geburtsort

  
  

Adresse

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

Gegebenenfalls weitere bevollmächtigte Person:

(Titel) Vornamen Name **bevollmächtigte Person**

Geburtsdatum

Geburtsort

  
  

Adresse

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

Ja

Nein

Die bevollmächtigte Person ist verpflichtet, diese Patientenverfügung umzusetzen. Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gegenüber meinen Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

Ja

Nein

Sofern das **Betreuungsgericht einen Betreuer** eingesetzt hat, ist dieser verpflichtet, die Verfügung umzusetzen.

## Betreuungsverfügung

Ja     Nein

Neben dieser Patientenverfügung habe ich eine **Betreuungsverfügung** zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen.

Ja     Nein

Die in der Betreuungsverfügung als Betreuer genannte Person ist verpflichtet, diese Patientenverfügung umzusetzen. Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gegenüber meinen Betreuern von der Schweigepflicht.

Als Betreuer/Betreuerin habe ich in meiner Betreuungsverfügung bestellt:

(Titel)    Vornamen    Name **des Betreuers**

Geburtsdatum

Geburtsort

  
  

Adresse

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

Eventuelle weitere Betreuer oder Betreuerinnen habe ich in meiner Betreuungsverfügung aufgeführt.

Ja     Nein

Sofern das **Betreuungsgericht einen Betreuer** eingesetzt hat, ist dieser verpflichtet, meine Patientenverfügung umzusetzen.

## Seelischer Beistand und Begleitung

Ja     Nein

Ich bin Mitglied der folgenden Kirche oder Glaubensgemeinschaft und bitte um deren geistlichen Beistand:


Ja     Nein

Ich bitte darum, bei einem Hospizverein oder der Krankenhauseelsorge um Beistand für mich zu ersuchen.

Ja     Nein

Ich wünsche mir die Begleitung von mir nahestehenden Personen:

Nahestehende Personen:


## Optional: Ort der Versorgung in der Sterbephase

Wenn möglich, möchte ich:

in meiner letzten Lebensphase **im Krankenhaus** bleiben oder dorthin verlegt werden, da ich mich dort am besten versorgt fühle.

**oder**

**zu Hause bzw. in einer vertrauten Umgebung (z.B. Pflegeheim)** sterben. Bei dort nicht in den Griff zu bekommenden Schmerzzuständen oder anderen mich belastenden Symptomen bin ich mit der **zeitweiligen Verlegung auf eine Palliativstation** einverstanden.

**oder**

**zu Hause bzw. in einer vertrauten Umgebung (z.B. Pflegeheim)** sterben.

**oder**

**in einem Hospiz** sterben.

**oder**

**Ich möchte hier keine Festlegung treffen.**



## Abschlussklärung und Unterschrift

Ich bin mir über Inhalt und Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Patientenverfügung bewusst.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Ich habe die Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung, als Ausdruck meiner Selbstbestimmung, in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit widerrufen oder ändern kann.

Diese Patientenverfügung gilt unabhängig von den separat erteilten Vollmachten. Sie ist gültig, bis ich sie widerrufe oder eine andere Patientenverfügung einsetze.

Datum

Ort

Meine Unterschrift