

# Patientenverfügung

## Meine persönliche Patientenverfügung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Wenn ich selbst nicht mehr für mich entscheiden kann, soll diese Patientenverfügung meinen Willen zum Ausdruck bringen.

Meine nachfolgend festgelegten Wünsche sollen in schwierigen Lebenslagen verbindlich berücksichtigt werden. Ja  Nein

Wenn in einer konkreten Situation Unsicherheiten über meine Behandlungswünsche bestehen, soll diese Patientenverfügung in erster Linie dazu dienen, meinen Vertreter, meine Ärzte und Angehörigen bei einer Entscheidungsfindung, die meinen Vorstellungen von Lebenssinn und Lebensqualität entspricht, zu unterstützen. Ja  Nein

In vielen Lebenslagen ist die Prognose nicht eindeutig. Wenn es unklar sein sollte, ob mein hier verfügbarer Wille in der konkreten Situation greift, wünsche ich die Durchführung eines Ethikkonsils\*. Ja  Nein

\* siehe Erklärungsheft S. 10

## ■ Meine Einstellung zum Leben und zum Sterben

Was denke ich über mein Leben? Was ist mir besonders wichtig?

Was denke ich über das Sterben? Was macht mir Angst? Was hilft mir?

---

---

---

---

## ■ Behandlungssituationen

**Gültigkeitsvoraussetzungen der Patientenverfügung** (nicht zutreffende Textpassagen bitte streichen)

Menschliche Zuwendung, gute Pflege sowie die angemessene Behandlung von Schmerzen, Luftnot, Angst und Übelkeit, sind immer Bestandteil der Grundversorgung.

### 1. Schwere Erkrankungen

a) schwere, akut auftretende Gehirnschädigung

Ein schwerer Hirnschaden (direkte Gehirnschädigung wie beispielsweise durch einen Unfall, Schlaganfall, Hirnblutung oder eine Entzündung ebenso wie indirekte Gehirnschädigung, zum Beispiel nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen) kann zur Folge haben, dass ich aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer nicht mehr in der Lage sein werde, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. In dieser Situation habe ich meine Einsichtsfähigkeit und die Möglichkeit mit meinen Mitmenschen in Kontakt zu treten verloren.

Für diesen Fall wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche für mich getan wird. Dazu gehören eine intensive Heilbehandlung und ärztliche Eingriffe sowie lebensverlängernde Maßnahmen wie beispielsweise Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Dialyse oder Bluttransfusionen.

Nein  Ja  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese Entscheidung treffe ich in Kenntnis dessen, dass in seltenen Fällen ein Aufwachen aus einem langen Wachkoma oder Koma möglich ist.

b) Wenn ich eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit (beispielsweise eine Krebserkrankungen oder eine schwerste Erkrankung der Atemwege) im Endstadium habe, bei der der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, möchte ich, dass alles medizinisch Mögliche (siehe 1.a) getan wird.

Ja  Nein  \_\_\_\_\_

c) Sollte ich in einen schweren neurologischen Defektzustand (beispielsweise den Endzustand eines Demenzprozesses oder einer sonstigen schweren Abbaukrankung wie einer Multisystematrophie oder eines schweren Parkinsonsyndroms) geraten, wünsche ich weiterhin den Einsatz aller zur Verfügung stehenden medizinischen Mittel (siehe 1.a).

Nein  Ja  \_\_\_\_\_

d) Behandlungssituationen, die hier nicht ausdrücklich aufgeführt sind, aber mit den benannten vergleichbar sind, sollen entsprechend beurteilt werden.

Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Sollte ich mich bei 1.a) bis 1.d) gegen den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen entschieden haben, beinhaltet das auch die Unterlassung der Behandlung zusätzlich auftretender Erkrankungen. Das bedeutet, dass bei so schweren Erkrankungen beispielsweise auf die Gabe eines Antibiotikums, mit dem Ziel, das Leben zu verlängern, verzichtet wird.

Nein  Ja

Sollte ich mich bei 1. a) bis 1. d) gegen den Einsatz intensiver Heilverfahren entschieden haben, beinhaltet dies auch den Verzicht auf:

- künstliche Ernährung (über Magensonde, PEG-Sonde\* oder intravenös) Ja  Nein
- künstliche Flüssigkeitszufuhr (über Magensonde, PEG-Sonde\* oder intravenös) Ja  Nein  Nach ärztlichem Ermessen

Ich weiß, dass bei einem Verzicht auf künstliche Flüssigkeitszufuhr der Tod innerhalb weniger Tage eintreten kann.

## 2. Zwangsmaßnahmen

Sollte ich infolge einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können, sind diese ärztlichen Maßnahmen im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts notfalls auch gegen meinen natürlichen Willen durchzuführen, wenn dies zur Abwehr eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens notwendig ist und der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt. Ja  Nein

## 3. Palliative Sedierung

Zur Beherrschung von schweren Angstzuständen, Schmerzen, Luftnot oder anderen unerträglichen Beschwerden bin ich in der letzten Lebensphase grundsätzlich mit einer dauerhaften Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln (Palliativer Sedierung) einverstanden. Dabei nehme ich auch das Risiko einer Verkürzung meines Lebens in Kauf. Ja  Nein

## 4. Intensivtherapie

Durch den Einsatz intensivmedizinischer Mittel kann oft ein Menschenleben gerettet werden. Wenn in einer Behandlungssituation nach aktuellem Erkenntnisstand berechtigte Hoffnung besteht, dass ich nach überstandener Bedrohung ein Leben führen kann, das ich für mich bejahen kann wünsche ich die Anwendung lebenserhaltender und intensiv-medizinischer Maßnahmen. In einer solchen Situation soll das gegebenenfalls auch über viele Wochen geschehen. Ja  Nein

## ■ Begleitung

1. Bei schwerer Krankheit oder Bewusstlosigkeit wünsche ich mir menschlichen Beistand. Die Anwesenheit folgender Personen (auch am Krankenbett) wäre in meinem Sinne:

---

---

Gegenüber folgenden Menschen entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und Pflegenden von ihrer Schweigepflicht:

---

---

2. Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich bereits eine Vorsorgevollmacht verfasst.

Nein  Ja , mein(e) Bevollmächtigte(r) ist (Name, Tel., Anschrift): .....

---

---

3. Ich wünsche, dass ein(e) Pastor(in), ein Priester oder Vertreter meiner Religion gerufen wird, um mir Beistand zu geben. Ja  Nein

Meine Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

## ■ Organspende

Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organspende frei.

Ja

Nein

Falls ja:

Ich gestatte dies mit Ausnahme folgender Organe oder Gewebe: \_\_\_\_\_

Ich gebe lediglich folgende Organe oder Gewebe zur Entnahme frei: \_\_\_\_\_

Sollten durch meine Bereitschaft zur Organspende intensivmedizinische Behandlungen erforderlich werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann dürfen diese Maßnahmen in diesem Fall durchgeführt werden.

Ja

Nein

**Ich erwarte, dass meine Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden. Sofern ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, möchte ich nicht, dass mir in der Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Ich beabsichtige, diese Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern.**

Ort, Datum

Unterschrift

- **Zeugen** (Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht erforderlich, erhöht aber die Beweiskraft)

Ich bestätige, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_

diese Verfügung nach ausführlicher Beratung durch mich und nach sorgfältiger Prüfung festgelegt hat und dass ich keine Zweifel an ihrer/seiner Entscheidungsfähigkeit habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

Name in Druckbuchstaben

Zur Identifikation lag ein Ausweisdokument, z.B. Personalausweis des/der Verfügenden, vor.

Personalausweisnummer des/der Verfügenden

Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

- **Aktualisierung dieser Verfügung durch erneute Unterschrift**

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Eine erneute Unterschrift ist nicht gesetzlich gefordert, aber sinnvoll. Diese Aktualisierung kann mehrfach passieren. Jedenfalls sollte immer dann die Verfügung erneuert werden, wenn Sie etwas geändert haben. Sonst empfiehlt sich eine Aktualisierung durch erneute Unterschrift im Zweijahresrhythmus.