



# Patientenverfügung

Ich, .....  
(Name) (Vorname)

geb. am .....

wohnhaft in .....

verfasse hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung:

## **Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgenden Fall:**

- 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 ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten 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 Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess 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 unwahrscheinlich ist.<sup>1</sup>
- Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. beim Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

<sup>2</sup>Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation (wenn gewünscht):

-----  
-----

**in allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich**

- das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.
- bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
- keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch den Mund, Nase oder Bauchdecke, intravenöser Zugang)
- die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr
- keine künstliche Beatmung bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.
- keine Bluttransfusion.
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird
- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
- **In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird, bzw. im Fall einer Hinzuziehung, unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.**



## Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

## Ich wünsche

- Beistand durch folgende Personen:

-----  
-----

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

-----

- hospizlichen Beistand.

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen.

Ich bevollmächtige:

-----  
-----  
-----

weiterhin bevollmächtige ich:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----



Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein/meine Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Soweit ich bestimmte Behandlungen ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

**Wünsche bezüglich meiner Beerdigung :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum  
aktualisiert

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum  
aktualisiert

.....  
Unterschrift