



**Maßnahmen, die nur für die auf der ersten Seite stehenden Erkrankungen Gültigkeit haben.**

**2 Situation, für die die Patientenverfügung gelten soll:**  
Es können **eine oder mehrere Optionen** angekreuzt werden!

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  
*und/oder*
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist (z.B. ALS/MS/Corona).  
*und/oder*
- ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten nach Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder 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 unwahrscheinlich ist.  
*und/oder*
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfeleistung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeiten auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.  
*und/oder*
- ich mich in vergleichbaren, hier nicht ausdrücklich erwähnten Krankheitszuständen befinde, z. B.

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

bestimme ich das Folgende:

**3 Festlegung zur Einleitung, zum Umfang oder zur Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen**  
Lebenserhaltende Maßnahmen (Grundsatzentscheidung)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,  
 dass alle medizinisch indizierten lebenserhaltenden Maßnahmen geleistet werden (z. B. künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Dialyse etc.)  
*oder*

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. 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.

**Ergänzend/abweichend von vorstehender Grundsatzentscheidung stellen die zu den im Folgenden genannten Einzelmaßnahmen getroffenen Entscheidungen meinen diesbezüglichen Willen dar und sind daher zwingend zu beachten.**

**a) Wiederbelebung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich  
 in jedem Fall Wiederbelebungsmaßnahmen.  
*oder*  
 die Unterlassung von Wiederbelebungsmaßnahmen.

**b) Hinzuziehung von Ärzten**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,  
 dass mein Hausarzt oder Palliativmediziner:

-----  
Name

-----  
Telefon  
verständlich wird.

- dass ein Palliativmediziner zur palliativmedizinischen Versorgung verständigt wird.

**c) Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,  
 dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung durchgeführt wird.  
*oder*  
 dass die Schmerzen auf ein erträgliches Maß reduziert werden und ich möglichst wach bleibe.  
*oder*  
 wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.  
*und/oder*  
 dass für die Endphase meines Sterbeprozesses auch eine palliative Sedierung zur Linderung von Symptomen wie Schmerzen und Luftnot ergriffen wird.

**d) Künstliche Ernährung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird (z. B. Magensonde durch Mund, Nase, Bauchdecke oder venöse Zugänge).  
*oder*
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase, Bauchdecke oder venöse Zugänge) erfolgt.  
*oder*
- dass eine begonnene künstliche Ernährung abgebrochen wird.

**e) Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.  
*oder*
- die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

**f) Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.  
*oder*
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt wird 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.

**g) Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern könnte, durchgeführt wird.  
*oder*
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

**h) Antibiotika**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern könnte.  
*oder*
- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.  
*oder*
- keine Antibiotika.

**i) Blut/Blutbestandteile**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern könnte.  
*oder*
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.
- kein Blut oder Blutbestandteile.

**4 Organspende**

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu

- Ja
- Nein

Falls ja, gestatte ich dies mit Ausnahme folgender Organe oder Gewebe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensiv-medizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.  
Die gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.

**5 Ort und Beistand im Falle bevorstehenden Todes**

Ich möchte

- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.  
*oder*
- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.  
*oder*
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.  
Ich möchte
- Beistand durch folgende Personen:

.....

.....

.....

.....

- hospizlichen Beistand

**6 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt.
- Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

**Bevollmächtigte(r)**

.....  
Name

.....  
Anschrift

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

**7 Betreuungswunsch**

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt.
- Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen.

**Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer**

.....  
Name

.....  
Anschrift

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

**8 Schlussbemerkung**

Mir ist die Möglichkeit der jederzeitigen Änderung und des jederzeitigen Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**9 Aktualisierung dieser Verfügung durch erneute Unterschrift**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

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, dieses ist aber nicht zwingend notwendig.

Es müssen nicht alle Felder ausgefüllt sein. Für Beratung und Hilfestellung stehen die Mitarbeiter unseres Sozialdiensts zur Verfügung.