

# PATIENTENVERFÜGUNG

Frau  Herr

-----  
Name

-----  
Vorname

-----  
Geburtsname

-----  
geboren am

-----  
in

-----  
Straße/Hausnummer

-----  
PLZ/Wohnort

---

## 1 Meine Einstellung zum Leben und 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?

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

**Meine Einstellung zum Leben und zum Sterben ist für meine Behandlung bindend. Wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann, soll diese Patientenverfügung meinen Willen zum Ausdruck bringen. Die folgenden Maßnahmen haben für die aufgeführten Erkrankungen Gültigkeit.**

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

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im Sterbeprozess befinde.  
*und/oder*
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.  
*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 Gehirnschädigungen 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 Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeiten auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.  
*und/oder*
- ich von einer Vielzahl von Krankheiten betroffen bin, die für sich genommen nicht lebensbedrohlich sind, aber in der Summe (Multimorbidität) einen Heilungsprozess unmöglich erscheinen lassen.
- ich mich in vergleichbaren, hier nicht ausdrücklich erwähnten Krankheitszuständen befinde, z. B. ein weit fortgeschrittenes Stadium der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS), einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), Sepsis, einer Herzinsuffizienz oder einem Herzstillstand.

Eigene Beschreibung von Situationen:

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

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 (palliative Behandlung).

**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. Sollte ein Notarzt hinzugezogen worden sein, soll dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

**b) 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.

**c) 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.

**d) Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

oder

die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

**e) Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

dass keine künstliche Beatmung (weder über eine Maske über Nase und Mund noch über einen Schlauch in die Luftröhre) 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.

**f) 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.

**g) 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 oder das Einstellen einer bereits eingeleiteten Antibiotikatherapie.

**h) 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.

keine Blutbestandteile bzw. den Abbruch einer bereits eingeleiteten Gabe von Blut.

**i) Kreislaufferhaltende Medikamente**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von kreislaufferhaltenden Medikamenten, mit dem Ziel mein Leben zu verlängern

oder

keine Gabe von kreislaufferhaltenden Medikamenten bzw. das Einstellen einer bereits eingeleiteten Behandlung mit kreislaufferhaltenden Medikamenten.

**4 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen**

(Beispiele für weitere medizinische Maßnahmen sind Chemotherapie und Bestrahlung, Dauermedikamente und der Umgang mit implantierten Defibrillatoren (ICD)):

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

**5 Organspende**

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. 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. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.

Ja  Nein

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

-----  
-----

ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

**6 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:

-----  
-----

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

-----  
-----

hospizlichen Beistand.

In schwierigen und uneindeutigen Situationen wünsche ich die Inanspruchnahme eines Ethikkomitees.

Krankensalbung.

**7 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

**8 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

**9 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

**10 Aktualisierung dieser Verfügung durch erneute Unterschrift**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

**Hinweis**

-Es müssen nicht alle Felder ausgefüllt werden.

-Es empfiehlt sich die PV in einem zweijährigen Rhythmus durch eine erneute Unterschrift zu aktualisieren. Bei einer Änderung sollte eine umgehende Aktualisierung erfolgen.

-Eine PV sollte mit medizinischer Hilfestellung und Beratung erstellt werden. Dafür stehen u.a. die Mitarbeiter unseres Sozialdienstes und das Ethikkomitee zur Verfügung.

**Persönliche Ergänzung zur Unterbringung, Begleitung und Bestattungswünschen**

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