

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,
 geboren am in
 wohnhaft in

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
 bestimme ich Folgendes:**

Für Unfallereignisse oder plötzliche Erkrankungen aus voller Gesundheit wünsche ich die notwendige Maximaltherapie.

Folgezustände sollen erst 2 Wochen nach dem Ereignis entsprechend dieser Verfügung beurteilt werden.

Situationen, für die diese Verfügung gilt:

**Zutreffendes bitte
 ankreuzen**

- 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 unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer **Gehirnschädigung** meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzt*innen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
 - dieser Zustand über einen Zeitraum von _____ (z. B. einem Monat oder einem halben Jahr, siehe Anhang „Wertevorstellungen“) besteht.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen gelegentliche Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

- Wenn ich infolge eines sehr weit **fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses** (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden



In allen auf S. 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung und Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

In allen beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere auch in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht,**verbiete ich:**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wiederbelebensmaßnahmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| • Künstliche Ernährung (z. B. weder über eine Sonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, noch über die Venen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| • Künstliche Beatmung (weder invasiv noch nicht-invasiv) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| • Dialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| • Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| • Eine Einweisung in ein Krankenhaus, wenn sie nicht einer besseren Beschwerdelinderung dient. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |

Sollten oben genannte Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, sind diese in Vollnarkose zu beenden.

verlange ich:**Antibiotika:**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • sollen nicht mehr verabreicht werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder | | |
| • sollen nur unter palliativmedizinischer Indikation verabreicht werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |

Operationen:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • sollen nicht mehr durchgeführt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder | | |
| • sollen nur unter palliativmedizinischer Indikation durchgeführt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| • Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, ist dieser zu deaktivieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |



Zusätzliche Erklärung**für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z. Bsp. Demenz)**

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, unabhängig von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können, verbiete ich

- Wiederbelebung

Ja

Nein

- jede lebensverlängernde ärztliche Behandlung bei einer hinzutretenden potentiell tödlichen Krankheit.

Ja

Nein

Es darf dann nur noch eine palliative Behandlung durchgeführt werden.

Zusätzliche Erklärung**für Covid-19**

Im Hinblick auf die aktuelle Corona-Krise verbiete ich für den Fall, dass ich an **Covid-19** erkrankte, eine Beatmung mit Tubus/ Luftröhrenschnitt, unabhängig von allen sonstigen Umständen. Ich möchte palliativ behandelt und begleitet werden. Ich weiß, dass ich damit auf die minimale Chance einer möglichen Gesundung verzichte.

Ja

Nein

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

Ich habe einen **Organspendeausweis** erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Ja

Nein

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 intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.



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

Ja Nein

Name	Anschrift	Telefon/ E-Mail

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ja Nein

Name

Anschrift

Telefon Telefax/E-Mail

Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

Ja Nein

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn das Gesetz dies nicht zwingend vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift



Ärzt*in meines Vertrauens:

Name

Anschrift

Telefon Telefax/E-Mail

Ich wünsche eine Begleitung

- durch einen Hospizdienst
- durch Seelsorge
- durch

Name

Anschrift

Telefon Telefax/E-Mail

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten* lassen vom:

Ambulanten Palliativ und HospizDienst der Diakoniestationen Hannover

Sallstr. 57, 30171 Hannover

Datum

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgende Person – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Folgende Person(en) soll(en) **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Diese Patientenverfügung ist nach den §§ 1901 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für alle Personen rechtsverbindlich.



Der in dieser Patientenverfügung **geäußerte Wille** zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen **soll** von den behandelnden Ärzt*innen und dem Behandlungsteam **befolgt werden**. Mein*e Vertreter*in **ist verpflichtet, dass mein Wille durchgesetzt wird**. Sollte jemand sich dem vorsätzlich widersetzen und mich gegen den Sinn dieser Patientenverfügung behandeln, so beauftrage ich mein*e Vertreter*in, eine Strafanzeige zu stellen.

Alle benannten Zustände (S. 1) betrachte ich für mich als deutlich schlimmer als den Tod. Sollte ich trotz dieser Patientenverfügung in diesen oder vergleichbaren Situationen künstlich am Leben erhalten werden, bitte ich meinen Bevollmächtigten darum, die Ärzt*innen auf Körperverletzung und Schadensersatz in meinem Namen zu verklagen. **Diese Aufforderung gilt auch für die Zeit nach meinem Tod.**

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. **Darum wünsche ich nicht**, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die nicht in dieser Patientenverfügung geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im **Konsens aller Beteiligten** zu ermitteln. **Dafür sollen die Wertvorstellungen und Erläuterungen als Richtschnur dienen.**

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Ort, Datum **Unterschrift**

Quellen:

„Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Hrsg.: Bayerisches Staatsministerium für Justiz, 15. Auflage

Putz-Sessel-Steldinger Rechtsanwälte, Kanzlei für Medizinrecht, Quagliostr. 7, 81543 München
Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Infobroschüre „Patientenverfügung“
Palliativnetz Witten e.V.

Stand: 06/2021



Erläuterungen zu meinen Wertevorstellungen/ besondere Wünsche:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die beigefügten Erläuterungen zu meinen Wertevorstellungen und ggf. Angaben zu bestehenden Krankheiten, sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ort, Datum..... Unterschrift

