

# Patientenverfügung

Ich, ..... geboren am: .....

wohnhaft in: .....

verfüge für den Fall, daß ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann\*:

## 1. Die Situationen, für die diese Verfügung gilt, sind folgende:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde..... Ja :  Nein:
- Wenn nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen, z. B. durch einen Unfall, Schlaganfall, eine Entzündung oder einen fortgeschrittenen Hirnabbauprozess so wie auch für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen..... Ja :  Nein:
- ..... Ja :  Nein:

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

## 2. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Lindernde ärztliche Maßnahmen, insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Unruhe, Angst, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Das mögliche Risiko einer dadurch verkürzten Lebenszeit nehme ich in Kauf..... Ja :  Nein:
- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Körperpflege und Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls..... Ja :  Nein:
- Begleitung (z. B. Hospizdienste, Seelsorge, u. a.)..... Ja :  Nein:
- ..... Ja :  Nein:

## 3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern..... Ja :  Nein:
- keine Wiederbelebensmaßnahmen..... Ja :  Nein:
- keine Antibiotika und Transfusionen von Blut oder Blutbestandteilen..... Ja :  Nein:
- keine künstliche Niere..... Ja :  Nein:
- ..... Ja :  Nein:
- ..... Ja :  Nein:

\* Zutreffendes habe ich angekreuzt beziehungsweise ergänzt.

4. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (also bei Gehirnschädigungen mit voraussichtlich irreversiblen Bewusstseinsverlust), wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange:

- Verzicht auf künstliche Ernährung (weder über Magensonde oder durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über die Vene)..... Ja :  Nein:
- verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen..... Ja :  Nein:

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. Ich weiß sehr wohl, dass ich im Koma vielleicht in irgendeiner Form, vielleicht "auf anderer Ebene" meine Umwelt wahrnehmen könnte und ich aus einem dauerhaften Komazustand möglicherweise aufwachen könnte.

5. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen..... Ja :  Nein:

Name:  
Anschrift:  
  
Telefon:

Name:  
Anschrift:  
  
Telefon:

Ich weiß, daß ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, daß mir in der konkreten Situation eine mögliche Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als interpretierender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ort	Datum	Unterschrift

*Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung für die Wirksamkeit ist nicht verpflichtend. Wir raten aber, sich umfassend zu informieren.*

**Arzt/Ärztin meines Vertrauens:**

Name: .....

Telefon: .....

Anschrift: .....

## Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung

Ich, .....(Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erteile hiermit Vollmacht an

.....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum) (Bevollmächtigte/r, Vertrauensperson)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe:

**Gesundheitssorge** ..... Ja :  Nein:

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Modalitäten von Heim- oder Hauspflege, meinen Aufenthalt bestimmen sowie meine Wohnung kündigen und meinen Haushalt auflösen.
- Sie darf insbesondere zu sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904, Abs. 1 BGB)
- Sie kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben, wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe. Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Anstalt (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.
- Sie darf in meinem Namen bereits erteilte Einwilligungen zurücknehmen oder Einwilligungen verweigern, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

**Post** ..... Ja :  Nein:

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen und über den Fernmeldeverkehr entscheiden.

**Behörden** ..... Ja :  Nein:

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

**Vermögenssorge** ..... Ja :  Nein:

- Sie darf mein Vermögen verwalten sowie Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.  
(Achtung: Kreditinstitute verlangen i. d. R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!  
Für Immobiliengeschäfte ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

**Betreuungsverfügung** ..... Ja :  Nein:

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung ("rechtliche Betreuung") erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Vollmachtgeber/in)

.....  
(Unterschrift Vollmachtnehmer/in)