

Patientenverfügung

von

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

PLZ/Wohnort

Straße/Nr.

Telefon

1. Warum ich diese Patientenverfügung verfasse:

meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen nach meinen Verfügungen und Werten richten. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

Meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild, meine Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben und dem, was danach kommt, ggf. aktuell bekannte Erkrankungen:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

2. In diesen Situationen soll diese Verfügung gelten:

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich:

- 2.1 ☐ mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- 2.2 ☐ mich im Endstadium eines unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- 2.3 ☐ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, 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
- 2.4 ☐ mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

2.5 ☐

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

- ☐ dass alle medizinisch indizierten Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 3.1 bis 3.10 bezeichneten Bestimmungen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

ODER

- ☐ dass lebenserhaltende Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 3.1 bis 3.10 bezeichneten Bestimmungen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

3.1 Schmerz- und Symptombehandlung

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- ☐ aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung, da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.

ODER

- ☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3.2 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

- ☐ Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

ENTWEDER A

- ☐ dass eine künstliche **Ernährung** begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

UND/ODER

- ☐ dass eine künstliche **Flüssigkeitszufuhr** begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

ODER B

- ☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen **Ernährung**, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene (außer zur Beschwerdelinderung).

UND/ODER

- ☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen **Flüssigkeitszufuhr** (außer zur Beschwerdelinderung).

3.3 Künstliche Beatmung

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

- ☐ eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

ODER

- ☐ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

3.4 Künstliche Blutwäsche (Dialyse)

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

- ☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

ODER

- ☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

3.5 Antibiotika

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

- ☐ dass mir Antibiotika verabreicht werden mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

ODER

- ☐ dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung).

3.6 Blutersatzprodukte

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

- ☐ dass mir Blut oder Blutbestandteile verabreicht werden mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

ODER

- ☐ dass mir kein Blut und keine Blutbestandteile verabreicht werden (außer zur Beschwerdelinderung).

3.7 Kreislaufstabilisierende Medikamente

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

- ☐ dass mir kreislaufstabilisierende Medikamente verabreicht werden mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

ODER

- ☐ dass mir keine kreislaufstabilisierenden Medikamente verabreicht werden (außer zur Beschwerdelinderung).

3.8 Wiederbelebende Maßnahmen

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann erwarte ich,

- ☐ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

ODER

- ☐ dass jeder Versuch zur Wiederbelebung unterlassen wird.

UND

- ☐ für den Fall, dass eine Notärztin/ein Notarzt hinzugezogen wird, dass diese/r unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

3.9 Organspende

- ☐ Ich habe einen Organspendeausweis. Ich stimme der Entnahme von Organen nach meinem Tod zu, insofern dies auf dem Ausweis angegeben ist. Der Ausweis befindet sich hier:

Sollte der Ausweis nicht zu finden sein, entspricht Umfang an Organen zur Entnahme meinem Willen:

- ☐ keine

- ☐ folgende: _____

- ☐ alle, außer: _____

ODER

- ☐ Ich habe keinen Organspendeausweis. Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

(Folgendes gilt nur für den Fall, dass ich einer Organspende ausdrücklich zugestimmt habe):

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- ☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Dafür lasse ich zeitlich eng begrenzt (Stunden bis höchstens wenige Tage) intensivmedizinische Maßnahmen zu.
- ☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

4. Aufenthalt und Begleitung

Wenn eine Situation eintritt, die ich in 2. beschrieben und angekreuzt habe, dann möchte ich,

- ☐ wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- ☐ wenn möglich in ein Hospiz verlegt werden.
- ☐ wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.
- ☐ ins Krankenhaus verlegt werden.
- ☐ wenn möglich die Betreuung durch ein Palliativteam erhalten.
- ☐ von folgender Person/folgenden Personen begleitet werden:

-
- ☐ seelsorgliche Begleitung erhalten.
 - ☐ ein letztes Mal Abendmahl feiern (evangelisch).
 - ☐ das Sakrament der Krankensalbung empfangen (römisch-katholisch).

Persönliche Ergänzungen zu Aufenthalt und Begleitung:

5. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußelter Wille befolgt wird und die/der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein/e Betreuer/in Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, sind meine Behandlungswünsche und/oder mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

- ☐ Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll der/den folgenden Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

Folgende Person/en soll/en **nicht** angehört werden:

- ☐ Im Falle, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt und mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen nicht einig sind, erwarte ich von meiner/meinem Bevollmächtigten bzw. meiner/meinem Betreuer/in, dass sie/er das **Betreuungsgericht** einschaltet.
- ☐ Sollte eine Ärztin/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/meinem Bevollmächtigten bzw. meiner/meinem Betreuer/in erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

- ☐ Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

ODER

- ☐ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Hinweise auf existierende andere Vollmachten bzw. Verfügungen und wo sie zu finden sind.

Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht

- ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

Das Dokument befindet sich _____

ODER

- ☐ Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

Hinweis auf eine existierende Betreuungsverfügung:

- ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Betreuungsverfügung erstellt. Als Betreuer/in wünsche ich mir:

Das Dokument befindet sich _____

ODER

- ☐ Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.

Hinweis auf eine existierende Verfügung zur Totenfürsorge

- ☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Verfügung zur Totenfürsorge erstellt. Ich habe mit der/dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Person/Personen bevollmächtigt:

Das Dokument befindet sich _____

ODER

- ☐ Ich habe keine Verfügung zur Totenfürsorge erstellt.

6. Aufklärung

- ☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen in meiner Patientenverfügung wünsche oder ablehne, habe ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung verzichtet.

ODER

- ☐ Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

7. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Bei der Erstellung wurde ich unterstützt von: *(nicht zwingend erforderlich)*

Eigenhändige Unterschrift der Person, die diese Verfügung trifft:

Ort

Datum

Unterschrift

Bestätigung durch eine/n Zeugin/Zeugen: *(nicht zwingend erforderlich)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde. (Ort, Datum, Unterschrift, ggf. Siegel)

8. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. _____ am _____
2. _____ am _____
3. _____ am _____
4. _____ am _____

Auf den Kopien ist auch der Ort des Originals hinterlegt. Das Original findet sich hier:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung

(Wenn ich die Aktualität meiner Patientenverfügung nicht regelmäßig bestätige, bedeutet dies nicht, dass die Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll!)

- | | | |
|----------------|-------------|---------------|
| 1. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |
| 2. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |
| 3. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |
| 4. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |
| 5. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |
| 6. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |
| 7. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |
| 8. Bestätigung | Ort, Datum: | Unterschrift: |

Anhang zur Information

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Der Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.

(5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(6) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Dieses Formular wurde auf Grundlage der Patientenverfügung der Malteser Hilfsdienste erstellt und für den Gebrauch leicht abgewandelt. Ursprung des Dokuments am 01.09.2022:

https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/malteser_de_Relaunch/Angebote_und_Leistungen/Patientenverfuegung/Patientenverfuegung.pdf