

# Formular Patientenverfügung

- Für den Fall, dass ich,

\_\_\_\_\_ /  
(vollständiger Name, ggf. Geburtsname)

geboren am \_\_\_\_\_ /

wohnhaft in \_\_\_\_\_ /

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

Mit Befund vom \_\_\_\_\_ (Datum)

des Arztes \_\_\_\_\_ (Name)

in \_\_\_\_\_ (Ort)

wurde bei mir \_\_\_\_\_ festgestellt.

- Für den Fall, dass ich aufgrund dieses Leidens meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

## 1.) Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- 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 Todeszeitpunkt 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 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, 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 äußerst unwahrscheinlich ist.
- wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz-Erkrankung) 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.

## 2.) In allen unter Nummer 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, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

In den unter Nummer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich:

- die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich, sterben zu dürfen, und verlange:

- keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
- keine Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)
- Ich wünsche, dass

---

---

---

---

(Name, Anschrift, Telefon)

jederzeit Zugang zu mir erhält.

- Dieser Person sollen die behandelnden Ärzte Auskünfte über meinen Gesundheitszustand geben. Hierfür befreie ich die Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wünsche eine Begleitung:

durch:

---

---

---

(Name, Anschrift, Telefon)

durch einen katholischen Priester und den Empfang des Sakraments der Krankensalbung.

durch einen evangelischen Pastor.

durch folgenden kirchlichen Ansprechpartner.

durch einen ambulanten Hospizdienst.

---

---

---

(Einrichtung und Ansprechpartner, falls bekannt, benennen)

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

Bevollmächtigte(r) ist

---

---

---

---

(Name, Anschrift, Telefon)

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organ-  
spende erklärt habe.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Daher wünsche ich nicht, dass mir in einer akuten Situation eine Änderung meines hier zum Ausdruck gebrachten Willens unterstellt wird. Ich sehe es deshalb nicht als erforderlich an, die Patientenverfügung in den kommenden Jahren schriftlich oder notariell zu bestätigen. Sollte ich wider Erwarten an den Bestimmungen dieser Patientenverfügung nicht festhalten wollen, werde ich das Original und alle Ausfertigungen meiner Patientenverfügung einziehen oder diesen Willen in anderer Weise ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) und unmissverständlich kundtun.

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

Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen beim Betreuungsgericht (§ 1901, Abs. 2, BGB) erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

---

---

---

(Name, Anschrift, Telefon)

Arzt meines Vertrauens ist:

---

---

---

(Name, Anschrift, Telefon)

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von (Arzt, Notar, Rechtsanwalt etc.)

---

---

---

(Name, Anschrift, Telefon)

Falls gewünscht hinzufügen:

Folgende Personen sollen zur Ermittlung meines Willens im Zusammenhang mit dieser Patientenverfügung überhaupt nicht zu Rate gezogen werden:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



### Zeugenbestätigung

Ich, \_\_\_\_\_,

geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_,

bestätige mit meiner Unterschrift, dass

\_\_\_\_\_  
(Name des Erstellers der Verfügung)

die obige Patientenverfügung eigenhändig und in Vollbesitz der geistigen Kräfte verfasst hat.

Er ist nach meiner Überzeugung ohne jeden Zweifel geschäftsfähig und einsichtsfähig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zeuge

