

Patientenverfügung

Persönliche Verfügung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit

Diese Vorlage dient dazu, den eigenen Willen zu medizinischen Behandlungen schriftlich festzuhalten, falls eine Person ihren Willen später nicht mehr selbst äußern kann. Bitte lesen Sie die Verfügung sorgfältig, streichen Sie Nichtzutreffendes und ergänzen Sie persönliche Wünsche handschriftlich. Die Verfügung sollte unterschrieben und regelmäßig überprüft werden.

Hinweis: Diese Vorlage ersetzt keine ärztliche, rechtliche oder persönliche Beratung. Bei Unsicherheiten sollte eine Beratung durch Ärztin/Arzt, Notar/Rechtsberatung oder eine Beratungsstelle erfolgen.

1. Angaben zur verfügenden Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail

Weitere Hinweise zu meiner Person, z. B. Allergien, wichtige Erkrankungen, behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt:

2. Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Diese Verfügung soll gelten, wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und eine der folgenden Situationen vorliegt:

- ☐ Ich befinde mich nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess.
- ☐ Ich leide an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ Ich habe infolge einer Hirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach dauerhaft verloren.
- ☐ Ich befinde mich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. Demenz, in einem Zustand, in dem ich Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr auf natürliche Weise aufnehmen kann.
- ☐ Sonstige Situation:

Sonstige Situation / persönliche Ergänzung:

3. Grundsätzliche Behandlungswünsche

- ☐ Ich wünsche, dass medizinisch alles Sinnvolle und Vertretbare getan wird, um mein Leben zu erhalten, solange eine realistische Aussicht auf Besserung besteht.

- ☐ Ich wünsche keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn nach ärztlicher Einschätzung keine realistische Aussicht auf Wiedererlangung eines für mich erträglichen Bewusstseins, einer Kommunikation oder einer selbstbestimmten Lebensführung besteht.
- ☐ Ich wünsche eine Behandlung, die Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und andere belastende Symptome wirksam lindert, auch wenn dadurch als unbeabsichtigte Nebenfolge eine Verkürzung der Lebenszeit möglich sein sollte.
- ☐ Ich möchte nach Möglichkeit in vertrauter Umgebung oder in einem Hospiz/Palliativbereich versorgt werden.

4. Wiederbelebung, Beatmung und Intensivmedizin

Bitte kreuzen Sie an, was Ihrem Willen entspricht:

- ☐ Wiederbelebensmaßnahmen sollen versucht werden, wenn eine begründete Aussicht auf ein für mich erträgliches Weiterleben besteht.
- ☐ Wiederbelebensmaßnahmen sollen in den unter Ziffer 2 genannten Situationen unterbleiben.
- ☐ Künstliche Beatmung soll begonnen oder fortgeführt werden, wenn eine realistische Aussicht auf Besserung besteht.
- ☐ Künstliche Beatmung soll in den unter Ziffer 2 genannten Situationen nicht begonnen bzw. beendet werden. Eine gute Linderung von Atemnot soll gewährleistet sein.
- ☐ Intensivmedizinische Maßnahmen sollen nur erfolgen, wenn sie der Heilung oder einer realistischen Besserung dienen.
- ☐ Intensivmedizinische Maßnahmen sollen in den unter Ziffer 2 genannten Situationen unterbleiben oder beendet werden.

5. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe

- ☐ Künstliche Ernährung über Sonde oder Infusion soll begonnen oder fortgeführt werden, wenn eine realistische Aussicht auf Besserung besteht.
- ☐ Künstliche Ernährung soll in den unter Ziffer 2 genannten Situationen unterbleiben oder beendet werden.
- ☐ Künstliche Flüssigkeitsgabe soll erfolgen, wenn sie Beschwerden lindert oder medizinisch sinnvoll ist.
- ☐ Künstliche Flüssigkeitsgabe soll in den unter Ziffer 2 genannten Situationen unterbleiben oder beendet werden, wenn sie nur der Lebensverlängerung dient.
- ☐ Mundpflege, Linderung von Durstgefühl und eine palliative Begleitung wünsche ich in jedem Fall.

6. Weitere medizinische Maßnahmen

- ☐ Antibiotika sollen eingesetzt werden, wenn dadurch Beschwerden gelindert oder eine realistische Besserung erreicht werden kann.
- ☐ Antibiotika sollen in den unter Ziffer 2 genannten Situationen nicht eingesetzt werden, wenn sie nur lebensverlängernd wirken.
- ☐ Dialyse, Bluttransfusionen, Operationen oder andere belastende Maßnahmen sollen nur erfolgen, wenn sie eine realistische Aussicht auf Besserung bieten.
- ☐ Belastende Untersuchungen und Transporte sollen vermieden werden, wenn sie nicht der Linderung oder einer realistischen Besserung dienen.

Patientenverfügung

Begleitung, Wünsche und Vertretung

7. Schmerz- und Palliativbehandlung

- ☐ Ich wünsche eine umfassende palliative Behandlung und Pflege mit dem Ziel, Schmerzen und belastende Symptome bestmöglich zu lindern.
- ☐ Ich bin mit der Gabe starker Schmerz- und Beruhigungsmittel einverstanden, wenn diese zur Leidenslinderung erforderlich sind.
- ☐ Ich wünsche seelsorgerische, spirituelle oder psychosoziale Begleitung, soweit dies möglich ist.

Wünsche zur Begleitung, Religion/Weltanschauung, Musik, Rituale, Personen, die informiert werden sollen:

8. Aufenthaltsort und Pflege

- ☐ Ich möchte möglichst zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung bleiben oder dorthin zurückkehren.
- ☐ Ich möchte möglichst in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation versorgt werden.
- ☐ Ein Krankenhausaufenthalt soll nur erfolgen, wenn dadurch Beschwerden gelindert oder eine realistische Besserung erreicht werden kann.

9. Bevollmächtigte / Vertrauenspersonen

Folgende Person(en) sollen einbezogen werden und meinem Willen Ausdruck und Geltung verschaffen:

Name, Vorname

Telefon

Adresse

Verhältnis zur verfügbaren Person

Weitere Vertrauensperson

Telefon

Adresse

Verhältnis zur verfügbaren Person

- ☐ Ich habe zusätzlich eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt.
- ☐ Ich habe keine Vorsorgevollmacht erteilt.
- ☐ Ich bitte darum, dass die oben genannte Vertrauensperson bei Auslegungsfragen besonders berücksichtigt wird.

10. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- ☐ Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflege- und Betreuungspersonen gegenüber den oben genannten Personen von der Schweigepflicht, soweit dies zur Umsetzung meiner Patientenverfügung erforderlich ist.
- ☐ Ich wünsche keine Entbindung von der Schweigepflicht.

Patientenverfügung

Weitere Erklärungen

11. Organspende

Diese Angaben sollten mit einem eventuell vorhandenen Organspendeausweis übereinstimmen:

- ☐ Ich stimme einer Organ- und Gewebespende nach meinem Tod zu, soweit die Voraussetzungen vorliegen.
- ☐ Ich lehne eine Organ- und Gewebespende ab.
- ☐ Ich habe einen gesonderten Organspendeausweis. Dieser soll vorrangig beachtet werden.
- ☐ Über eine Organ- und Gewebespende soll folgende Person entscheiden:

Name, Vorname der entscheidenden Person

Telefon

12. Persönliche Wertvorstellungen

Meine folgenden Vorstellungen sollen bei der Auslegung meiner Patientenverfügung berücksichtigt werden:

Was bedeutet für mich Lebensqualität? Welche Zustände wären für mich nicht mehr erträglich? Welche Hoffnungen, Ängste oder Überzeugungen sind wichtig?

13. Hinweise zu weiteren Unterlagen

- ☐ Eine Vorsorgevollmacht liegt vor.
- ☐ Eine Betreuungsverfügung liegt vor.
- ☐ Ein Organspendeausweis liegt vor.
- ☐ Eine Bestattungsvorsorge / Vorsorgevertrag liegt vor.
- ☐ Weitere Unterlagen befinden sich bei / an folgendem Ort:

Aufbewahrungsort / weitere Hinweise:

14. Schlussformel

Ich habe diese Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Mir ist bewusst, dass ich diese Verfügung jederzeit formlos ändern oder widerrufen kann. Mein Wille soll in den beschriebenen Situationen beachtet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der verfügenden Person

Patientenverfügung

Bestätigung und Aktualisierung

15. Ärztliche / beratende Bestätigung - freiwillig

Die folgende Bestätigung ist freiwillig. Sie kann helfen, dass die Verfügung später besser verstanden wird.

Ich habe die verfügende Person über die Bedeutung und mögliche Folgen dieser Patientenverfügung beraten.
Hinweise / Name der Ärztin/des Arztes oder der beratenden Person:

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift

16. Regelmäßige Überprüfung

Es wird empfohlen, die Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen sowie bei wesentlichen Änderungen der gesundheitlichen oder persönlichen Situation zu überprüfen und erneut zu bestätigen.

Datum	Bestätigung / Änderung	Unterschrift

Aufbewahrung: Original gut auffindbar verwahren und Vertrauenspersonen sowie Hausarztpraxis informieren.