



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Patientenverfügung

Ich

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

bestimme für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass

## 1. Diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist: JA NEIN

- Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbarer im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  JA  NEIN
- Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.  JA  NEIN
- Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit, Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit Nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn der Tod Noch nicht absehbar ist.  
Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittene Hirnabbauprozesse und 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 möglich, aber sehr unwahrscheinlich ist.  JA  NEIN



Name: Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

JA NEIN

- Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen.  JA  NEIN

- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden.  JA  NEIN

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

**2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten Situationen wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:**

Lebenserhaltende Maßnahmen JA NEIN

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern.  JA  NEIN

- Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.  JA  NEIN



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Schmerz- und Symptombehandlung

JA NEIN

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen Krankheitserscheinungen.

- Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

### Künstliche Ernährung

JA NEIN

- Ich wünsche eine parenterale Ernährung (in den Venen).

- Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen).

- Ich wünsche eine Ernährung, egal auf welchem Weg oder in welcher Form, nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Künstliche Flüssigkeitszufuhr

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.  JA  NEIN
  
- Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.  JA  NEIN
  
- \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_

### Künstliche Beatmung

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung.  JA  NEIN
  
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung oder die Einstellung einer bereits eingeleiteten Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden und Luftnot mit Medikamenten und pflegerischen Methoden. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.  JA  NEIN
  
- \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Dialyse

JA NEIN

- Ich wünsche eine künstliche Blutwäsche (Dialyse).  JA  NEIN
- Ich wünsche keine künstliche Blutwäsche bzw. die Einstellung einer bereits eingeleiteten Dialyse.  JA  NEIN

### Antibiotika

JA NEIN

- Ich wünsche Antibiotika.  JA  NEIN
- Ich wünsche Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.  JA  NEIN
- Ich wünsche kein Antibiotika.  JA  NEIN

### Blut/ Blutbestandteile

JA NEIN

- Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.  JA  NEIN
- Ich wünsche die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur Bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.  JA  NEIN
- Ich wünsche keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.  JA  NEIN

### Wiederbelebungsmaßnahmen

JA NEIN

- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen.  JA  NEIN
- \_\_\_\_\_  JA  NEIN



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 3. Ich wünsche eine Sterbegleitung

- durch einen/ den Hospizdienst \_\_\_\_\_
- durch einen/ den Seelsorger \_\_\_\_\_
- durch \_\_\_\_\_

### 4. Ich möchte, wenn möglich, sterben

- im Krankenhaus.
- zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung.
- in einem Hospiz.

### 5. Ich besitze einen Organspendeausweis

JA NEIN

Dieser befindet sich bei/ in:

---

---

### 6. Ich besitze keinen Organspendeausweis, stimme aber einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zur Transplantationszwecken zu.

JA NEIN



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## 7. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

(Name Geburtsdatum, Adresse, Telefon)

---

---

## 8. Sonstiges

---

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine **Vorsorgevollmacht** erstellt.

JA NEIN

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.

JA NEIN

Diese ist hinterlegt in/ bei:

---



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:

- Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen.
- Eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.





Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts.

Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Diese Patientenverfügung entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Meine Wertvorstellungen

(Ergänzung zu meiner Patientenverfügung)

Wie bewerte ich mein bisheriges Leben?  
Wie stelle ich mir mein zukünftiges Leben vor?  
Welche Rolle spielt die Religion in meinem Leben? usw.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

die Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ (Datum) im Vollbesitz seiner/ ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einsichtsfähig ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

Ich bestätige, dass der o.g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Patientenverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und einsichtsfähig war.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit**

(Dieses Formular muss zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden!)

**Diagnose:**

---

---

---

**Eventuelle Komplikationen**

**Vom Patienten gewünschte Behandlung**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin