

## Patientenverfügung ( Muster )

### 1. Ich

Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in, Straße,  
PLZ, Ort

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

### 2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll:

Diese Verfügung ist eine Präzisierung der von mir am ..... verfassten und in Abständen mehrfach unterschriftlich bestätigten Patientenverfügung und erfolgt einzig und allein aus der Sorge, dass unter Berücksichtigung der Entscheidung des BGH aus dem Jahre 2016 Zweifel an der Eindeutigkeit und Konkretheit ihrer Formulierung und damit meines tatsächlichen Willens erhoben werden sollten. Deshalb ergänze und präzisiere ich:

**( Sollte noch keine vorhanden sein, ist vorstehender Absatz wegzulassen )**

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- 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 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 unwahrscheinlich ist,

- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. bei *Demenzerkrankung*, auch mit andauernder 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.

### **3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen**

#### **3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen verlange ich, dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

#### **3.2 Schmerz- und Symptombehandlung**

In den oben beschriebenen Situationen verlange ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

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

#### **3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen verlange ich,

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

### 3.4 Wiederbelebung

a) In den oben beschriebenen Situationen verlange ich

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung

b) Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsversuche ab

### 3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen verlange ich,

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

### 3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen verlange ich,

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

### 3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

### 3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

#### 4. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

Ich möchte ( z. B. )

Beistand durch folgende Personen:

- meine/nEhefrau ...../Ehemann .....
- meinen Sohn ..... meine Tochter..... , soweit es ihnen zu diesem Zeitpunkt physisch und/oder psychisch möglich ist.

#### 5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen: den in dieser Patientenverfügung genannten Bevollmächtigten, sowie .....

#### 6. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine in dieser Verfügung benannten Bevollmächtigten – sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder 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 meinem Bevollmächtigten erwarte ich, dass er/sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. **Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung der in der Reihenfolge aufgeführten Personen entscheidende Bedeutung zukommen.**

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich auch bei auftretenden Zweifeln nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Auch wenn die behandelnden Ärzte solche Zweifel hegen, haben nach Darlegung ihrer Gründe **das letzte Wort zur Entscheidung die von mir bevollmächtigten Personen.**

## 7. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht, die Gesundheitsangelegenheiten einschließt erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen:

### 1. Bevollmächtigter

Name:

Anschrift:

Telefon/E-Mail:

### 2. Bevollmächtigter

Name:

Anschrift:

Telefon/Telefax/E-Mail:

## **Sie können getrennt voneinander entscheiden.**

Diese Personen sollen für den Fall, dass ich infolge von Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, als Betreuer in Frage kommen.

## 8. Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

## 10. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung.

6

## 11. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

## 12. Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert durch zahlreiche Beiträge im Internet und juristisch beraten lassen.

## 13. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend: in vollem Umfang.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

13. **Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit** ( z. B. vom Hausarzt )

Frau / Herr

---

wurde von mir am

---

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Sie / er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift,

Stempel