

## Patientenverfügung | Seite 1 von 5

### Ich

Vor- und Nachname | ggf. Geburtsname

Geburtsort

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Telefon

Straße, Hausnummer

Mobiltelefon

bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbst bilden oder verständlich äußern und zum Ausdruck bringen kann, Folgendes:

### 1. Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll:

■ Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.  Ja  Nein

■ Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.  Ja  Nein

■ Wenn ein schwerer Abbauprozess meines Gehirns (z. B. bei einer Demenzerkrankung) so weit fortgeschritten ist, dass ich trotz Hilfestellung zu keiner Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auf natürlichem Wege in der Lage bin.  Ja  Nein

■ Wenn 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.  Ja  Nein

■ Sonstiges

---

---

---

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitssituationen sollen entsprechend beurteilt werden.

## Patientenverfügung | Seite 2 von 5

### 2. In den unter Punkt 1 beschriebenen und mit „Ja“ angekreuzten Situationen erwarte ich

- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Dies beinhaltet lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie die wirksame Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen belastenden Beschwerden. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### 3. In den unter Punkt 1 beschriebenen und mit „Ja“ angekreuzten Situationen verfüge ich

- den Verzicht auf Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.  Ja  Nein
- den Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen.  Ja  Nein

### 4. In den unter Punkt 1 beschriebenen und mit „Ja“ angekreuzten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, verfüge ich

- den Verzicht auf künstliche Ernährung (sowohl über Sonde durch die Nase, den Mund, die Bauchdecke als auch über die Vene). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.  Ja  Nein
- den Verzicht auf künstliche Flüssigkeitsgabe (bei gleichzeitiger Linderung eines etwaigen Durstgefühls, insbesondere durch intensive Mundpflege oder andere Maßnahmen)\*. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.  Ja  Nein

---

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine verbotene aktive Sterbehilfe.

---

### 5. In den unter Punkt 1 beschriebenen und mit „Ja“ angekreuzten Situationen wünsche ich

- seelsorgerischen Beistand .....
- hospizlichen Beistand .....
- .....
- .....

### 6. Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis.  Ja  Nein
- Ich habe eine Verfügung zur Organspende erstellt, die Bestandteil dieser Patientenverfügung ist.  Ja  Nein

---

\* Im Endstadium einer fortgeschrittenen Erkrankung ist die Linderung des Durstgefühls durch intensive Mundpflege besser möglich als mithilfe künstlicher Flüssigkeitsgabe.

## Patientenverfügung | Seite 3 von 5

### 7. Weitere Hinweise zu meiner Patientenverfügung

- Ich habe eine Vollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der bevollmächtigten Person besprochen.  Ja  Nein

**Bevollmächtigte Person:**

Name

PLZ

Ort

Telefon

Straße, Hausnummer

Mobiltelefon

- Anstelle einer Vollmacht habe ich eine Betreuungsverfügung erstellt und erwarte, dass die vom Betreuungsgericht für mich bestellte Betreuungsperson meinen Willen, wie er sich aus dieser Patientenverfügung ergibt, Ausdruck verschafft und ihn durchsetzt.  Ja  Nein

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll den folgenden Personen – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name	Adresse	Telefon

**Ärztin / Arzt meines Vertrauens:**

Name

PLZ

Ort

Telefon

Straße, Hausnummer

Telefax

E-Mail

## Patientenverfügung | Seite 4 von 5

### 8. Beratung

Bei der Erstellung dieser Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen:\*

Stempel der beratenden Institution

.....  
Vor- und Zuname der beratenden Person

.....  
Datum, Unterschrift

### 9. Bemerkungen, Schlussformel und Unterschrift

Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, müssen diese als Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

■ Ich habe die folgenden Ergänzungen und Erklärungen beigefügt:

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen  Ja  Nein

Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand)  Ja  Nein

Angaben zu bestehenden Krankheiten  Ja  Nein

Erklärung zur Organ- und Gewebespende  Ja  Nein

■ Für den Fall einer Erkrankung an COVID-19 habe ich eine Ergänzung zu dieser Patientenverfügung verfasst.  Ja  Nein

Diese Patientenverfügung wurde von mir im Bewusstsein der Bedeutung und Tragweite im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte unter Wahrnehmung meines Selbstbestimmungsrechts erstellt. Ich wünsche nicht, dass mir in der konkreten Situation der Einwilligungsunfähigkeit eine Änderung meines bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich und eindeutig (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Eine Beratung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Bei diesem komplizierten Thema empfiehlt sich aber eine ausführliche Beratung. Anlaufstellen sind Verbraucherzentralen mit ihren Beratungsstellen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Hospize oder eine Ärztin bzw. ein Arzt.



## Erklärung zur Organ- und Gewebespende

### Ich

Vor- und Nachname | ggf. Geburtsname

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefon

habe eine Patientenverfügung erstellt.

Ja  Nein

Ich gestatte eine Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken.

Ja  Nein

Ich benenne folgende Organe / Gewebe, die ich nicht spenden möchte:

---

---

---

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) bei aufrechterhaltenem Kreislauf-System und unter künstlicher Beatmung entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Außerdem stimme ich der Durchführung von intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme erforderlich sind.

Entsprechendes soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) in wenigen Tagen eintreten wird.

Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift