

# Patientenverfügung

Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

1. Mit dieser Patientenverfügung bringe ich meinen Willen zum Ausdruck für den Fall, dass ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und ich selbst durch Mimik oder Gestik nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.  
Ich habe mich über die Bedeutung einer Patientenverfügung informiert und erkläre hiermit verbindlich:
2.  Wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
  - Wenn ich mich unabwendbar im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...
  - Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten erloschen ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Hirnschädigung 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. einer Demenzerkrankung) 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 nicht ausgeschlossen werden.

# Patientenverfügung

3. In allen unter Punkt 2 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich ausdrücklich:

- Lebenserhaltende Maßnahmen:

---

---

- Künstliche Ernährung:

---

---

- Künstliche Flüssigkeitszufuhr:

---

---

- Künstliche Beatmung:

---

---

# Patientenverfügung

- Wiederbelebung:

---

---

- Notärztliche Behandlung:

---

---

- Dialyse:

---

---

- Antibiotika:

---

---

- Behandlung von Schmerzen, Unruhe, Angst und ähnlichen Symptomen:

---

---

# Patientenverfügung

4. Im Übrigen habe ich folgende Wünsche für meine Behandlung in meiner letzten Lebensphase:

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Ich stelle mit dieser Patientenverfügung meine grundsätzliche Einstellung zum Leben und Tod dar:

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Was wäre für mich eine unerträgliche Situation in meiner letzten Lebensphase und welche Befürchtungen sind damit verbunden?

---

---

---

---

---

---

---

---

# Patientenverfügung

## 7. Angaben zur Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
  - Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.
  - Ich habe eine Erklärung online im Organspende-Register hinterlegt.
  - 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
    - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
    - ODER
    - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

- 
- Ich habe am \_\_\_\_\_ eine Vollmacht erteilt. Die darin genannte(n) Person(en) werden hiermit ausdrücklich beauftragt und ermächtigt, meinen in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen gegenüber allen Beteiligten durchzusetzen.
  - Ich kann keine Person benennen, der ich eine Vollmacht erteilen könnte. Das Gericht soll deshalb einen Betreuer bestellen, der meinen in der Patientenverfügung geäußerten Willen durchsetzt.

---

Ort, Datum und Unterschrift verfügende Person

Ich habe den Inhalt der Patientenverfügung mit dem Arzt/der Ärztin meines Vertrauens besprochen.

Als Arzt/Ärztin des Vertrauens bescheinige ich hiermit, dass die verfassende Person in der Lage ist, den Sinn, die Bedeutung und die Folgen ihrer/seiner Verfügung zu erfassen.

---

Ort, Datum, Anschrift und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

# Patientenverfügung

**Bitte überprüfen und bestätigen Sie Ihre vorstehende Patientenverfügung spätestens alle 2 Jahre. Dazu dienen die folgenden Zeilen.**

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift verfügende Person

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift verfügende Person

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift verfügende Person

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift verfügende Person

Ich habe heute meine am \_\_\_\_\_ verfasste Patientenverfügung erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

---

Ort, Datum und Unterschrift verfügende Person