

# Patientenverfügung

Diese Verfügung ermöglicht es Ihnen, Ihren persönlichen Willen für medizinische Situationen festzuhalten, in denen Sie sich nicht mehr selbst äußern können.

Nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen. Ihre Entscheidungen dürfen sich jederzeit ändern.

---

## Persönliche Angaben

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

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

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

---

## 1. Geltungsbereich meiner Verfügung

Diese Patientenverfügung gilt für folgende Situationen:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
  - Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde
  - Wenn ich infolge einer schweren Gehirnschädigung dauerhaft nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen oder mit anderen Menschen zu kommunizieren
  - Wenn ich aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung (z. B. Demenz) nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit selbst aufzunehmen
  - Eigene Beschreibung: \_\_\_\_\_
- 

## 2. Medizinische Maßnahmen

### 2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

- Ich wünsche, dass alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen durchgeführt werden, um mein Leben zu erhalten
  - Ich wünsche, dass lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen werden  
→ Pflege, Zuwendung und Linderung von Beschwerden sollen weiterhin erfolgen
- 

### 2.2 Schmerz- und Symptombehandlung

- Ich wünsche eine Behandlung zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden, ohne bewusstseinsdämpfende Wirkung
- Ich wünsche eine umfassende Linderung meiner Beschwerden, auch wenn dadurch mein Bewusstsein beeinträchtigt wird

- Eine mögliche Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf
- 

### 2.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- Ich wünsche künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann
- Ich wünsche diese Maßnahmen nur zur Linderung von Beschwerden
- Ich lehne künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ab
- 

### 2.4 Wiederbelebung

- Ich wünsche Wiederbelebensmaßnahmen
- Ich lehne Wiederbelebensmaßnahmen ab
- Ich lehne Wiederbelebung generell ab (auch außerhalb der oben genannten Situationen)
- 

### 2.5 Künstliche Beatmung

- Ich wünsche künstliche Beatmung
- Ich lehne künstliche Beatmung ab  
→ Medikamente zur Linderung von Atemnot sollen eingesetzt werden
- 

### 2.6 Weitere Maßnahmen

Dialyse:

- ja  nein

Antibiotika:

- ja  nur zur Linderung  nein

Blut / Blutprodukte:

- ja  nur zur Linderung  nein
- 

## 3. Ort und Begleitung

Ich möchte:

- zu Hause / in vertrauter Umgebung sterben
- in einem Hospiz betreut werden
- im Krankenhaus versorgt werden
- \_\_\_\_\_
-

---

Ich wünsche Beistand durch:

Person(en): \_\_\_\_\_

und seelsorgerische Begleitung       keine seelsorgerische Begleitung

---

#### 4. Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde behandelnde Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber:

Name/n: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

---

#### 5. Verbindlichkeit und Durchsetzung

Diese Patientenverfügung ist für alle behandelnden Personen verbindlich,

mit Ausnahme von \_\_\_\_\_

Ich wünsche ausdrücklich, dass mein Wille beachtet und umgesetzt wird.

Ich wünsche, dass folgende Person/en über mich im Sinne meines Willens entscheiden dürfen: (Generalvollmacht/Vorsorgevollmacht nötig)

Name/n: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

Sollte mein Wille nicht umgesetzt werden können, wünsche ich eine Verlegung in eine Einrichtung, die meinen Vorstellungen entspricht.

---

#### 6. Vorsorge (optional, aber empfohlen)

Ich habe eine Vorsorgevollmacht erstellt:

ja  nein

Bevollmächtigte Person/en:

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

Kontakt: \_\_\_\_\_

---

#### 7. Persönliche Werte und Wünsche

Diese Angaben helfen, meinen Willen besser zu verstehen:

Was ist mir im Leben wichtig?

---

---

---

Was bedeutet für mich Lebensqualität?

---

---

---

Wovor habe ich Angst?

---

---

---

### 8. Organspende

- Ich stimme einer Organspende zu
- Ich lehne eine Organspende ab
- Ich habe einen Organspendeausweis

---

### 9. Erklärung

Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung erstellt.  
Ich bin mir der Bedeutung und Tragweite meiner Entscheidungen bewusst.  
Ich kann diese Verfügung jederzeit ändern oder widerrufen.

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

### 10. Aktualisierung (empfohlen)

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

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

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

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