



## Patientenverfügung

Ich, \_\_\_\_\_  
 (Vorname, Name) \_\_\_\_\_  
 (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
 (Anschrift) \_\_\_\_\_  
 (Telefon)

verfüge, falls ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, dass die im Folgenden genannten Situationen und die auf sie bezogenen Maßnahmen beachtet werden  
 (bitte jeweils eindeutig erkennbar ankreuzen)

### Ja Nein Situationen, für die diese Verfügung gilt

- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Zum Einsatz der folgenden Maßnahmen in den oben mit ja gekennzeichneten Situationen sage ich ...  
 (bitte jeweils eindeutig erkennbar ankreuzen)

Medizinische Maßnahme	Ja	Vielleicht	Nein
➤ Herz-Kreislauf-Wiederbelebung durch Apparate und /oder Medikamente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Herz-Kreislauf-Wiederbelebung durch manuelle Herzdruckmassage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ künstliche Beatmung über einen Tubus (Kunststoffrohr) in der Luftröhre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ künstliche Blutwäsche bei Ausfall der Nierenfunktion (Dialyse) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ künstliche Ernährung über eine über Nase oder Bauchdecke eingeführte Sonde ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ künstliche Ernährung über eine intravenöse Infusion .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ künstliche Beatmung über eine Maske (Nase / Mund).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Operation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Transfusion (Blutübertragung) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Gabe von Antibiotika bei bakteriell-fieberhaften Entzündungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Infusionen zur Versorgung mit Flüssigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erwarte eine **menschliche und respektvolle Behandlung und Pflege** in meiner letzten Lebenszeit und bitte um die Zuziehung von palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise. Ich bitte auch um die Einbindung eines SAPV-Teams (SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung), wenn meine behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal oder meine bevollmächtigten StellvertreterInnen den Eindruck haben, dass die Versorgung ohne die Hinzuziehung eines SAPV-Teams nicht ausreichend und bedarfsgerecht ist. Ich erbitte die bestmögliche Schmerzlinderung sowie die Linderung von Atemnot, Übelkeit, Angst und anderen mich quälenden Symptomen in der letzten Lebenszeit und nehme dafür auch in Kauf, dass meine Lebenszeit dadurch eventuell verkürzt werden könnte. Ich weiß, dass einige der umseitig genannten Maßnahmen vielleicht zur Linderung von quälenden Beschwerden beitragen können, weshalb ich deren Anwendung allein im palliativmedizinischen Kontext gestatte, falls palliativmedizinische Experten dies für sinnvoll halten (umseitig durch ein Kreuz bei "vielleicht" kenntlich gemacht). Auf die natürliche Stillung von Hunger und Durst, eine gute Mundpflege und eine fachgerechte Lagerung am Lebensende lege ich größten Wert.

Ich wünsche außerdem (bitte jeweils eindeutig erkennbar ankreuzen)	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
➤ Hospizlichen Beistand.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Seelsorgerischen/ spirituellen Beistand .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe eine Vorsorgevollmacht hinterlegt. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte fordere ich auf, mit meinem/meiner Bevollmächtigten oder meinem/meiner Betreuer(in) bedarfsweise die Maßnahmen abzustimmen, die im Verlauf meiner Einwilligungsunfähigkeit sinnvollerweise zu ergreifen oder zu unterlassen sind, um dem in dieser meiner Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Willen zu entsprechen.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

Anmerkung: Diese Patientenverfügung hebt alle davor datierten Patientenverfügungen auf.

**Textvorschlag für einen Zettel für die Brief- oder Handtasche:** "Ich, VORNAME NAME, GEB., ANSCHRIFT habe eine Patientenverfügung und/oder eine Vorsorgevollmacht erstellt. Im Falle meiner Entscheidungsunfähigkeit ist diese zu beachten. Die Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht ist hinterlegt bei VORNAME NAME, GEB., ANSCHRIFT, TELEFON und VORNAME NAME, GEB., ANSCHRIFT, TELEFON."

**Weitere persönliche Bemerkungen, die helfen könnten, meinen mutmaßlichen Willen zu ergründen, falls eine der oben angekreuzten Situationen eingetreten sein sollte:**