



Patientenverfügungⁱ

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Ich, _____
 (Vorname und Nachname der/des Verfügenden) _____ (Geburtsdatum)

 (Anschrift der/des Verfügenden) _____ (Telefon)

verfüge mit freiem, eigenverantwortlichem, unbeeinflusstem Willen, bis auf Widerruf, falls ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, für die nachfolgend genannten Situationen wie folgt:

- | Ja | Nein | Situationen, für die diese Verfügung gilt (Reichweitenbegrenzung): |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.) wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2.) wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst, wenn der Todeszeitpunkt unabsehbar ist (z. B. hohe Symptomlast, Sedierung). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3.) wenn ich infolge einer schweren Gehirnschädigung nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich meine Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Dies gilt auch, wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung (z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung) und für indirekte Gehirnschädigung (z. B. nach Wiederbelebung, Schock, Lungenversagen). Mir ist bewusst, dass die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. |
| | | Im Fall eines möglichen rein vegetativen irreversiblen Zustandes (ugspr. - "Wachkoma") |
| | | <input type="checkbox"/> _____ |
| | | <input type="checkbox"/> möchte ich die Lebenserhaltung auf max. ___ Monat/e begrenzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4.) wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenz) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen (schwere Schluckstörung). Im Falle einer weit fortgeschrittenen Demenz und zusätzlich lebenslimitierender Erkrankung wünsche ich kurierende Therapien: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.) wenn eine gesundheitliche Situation eintritt, die mit den o.g. vergleichbar ist. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6.) _____ |

Zum Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen entscheide ich mich nach ausführlicher Beratung für alle oben mit JA gekennzeichneten Anwendungssituationen wie folgt¹:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Herz-Kreislauf-Wiederbelebung durch Apparate/Medikamente/Herzdruckmassage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Beatmung über einen Tubus (Kunststoffrohr) in der Luftröhre/Maske (Mund-Nase) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Organersatzverfahren wie künstliche Blutwäsche bei Ausfall der Nierenfunktion (Dialyse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Ernährung über Infusion, Magensonde über Nase oder Bauchdecke (PEG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ künstliche Flüssigkeitszufuhr über Infusionen oder ins Unterhautfettgewebe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Operation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Transfusion (Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Gabe von Antibiotika bei bakteriell-fieberhafter Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Sollte ich an anderer Stelle einer Organentnahme zugestimmt, oder diese nicht abgelehnt haben, kann die Lebensverlängerung bis zur Organentnahme erfolgen.

Ich erwarte eine menschliche, respektvolle und ganzheitliche Behandlung und Pflege in meiner letzten Lebenszeit. Auf die natürliche Stillung von Hunger und Durst, eine gute Mundpflege usw. am Lebensende lege ich größten Wert. Ich bitte um Hinzuziehung von palliativmedizinischer/-palliativpflegerischer Expertise, wenn meine behandelnden Ärzte/das Pflegepersonal/mein/e Bevollmächtigter/n den Eindruck hat/haben, dass die Versorgung ansonsten nicht ausreichend und bedarfsgerecht ist.

Palliativ indizierte Maßnahmen

Ich weiß, dass einige der vorher genannten Maßnahmen (und auch andere Maßnahmen wie ableitende Systeme, Entlastungsoperationen, Antibiotikagabe z.B. bei Blasenentzündung), palliativ indiziert sein können und zur Linderung von quälenden Beschwerden und zur Verbesserung der Lebensqualität in meiner letzten Lebensphase beitragen können. In einem solchen Fall wünsche ich deren Anwendung, auch, wenn ich sie als lebensverlängernde Maßnahmen vorher ausgeschlossen habe. Ja Nein

Ich erbitte die bestmögliche Symptomkontrolle (Linderung von Schmerzen, Atemnot und anderen quälenden Symptomen) und nehme dafür in Kauf, dass meine Lebenszeit dadurch eventuell verkürzt werden könnte. Das schließt eine gezielte/palliative Sedierung mit ein. Ja Nein

Außerdem

- Ich wünsche Kontakt zu/Besuch von meinen An- und Zugehörigen Ja Nein
- Ich wünsche, sofern dies möglich ist, an meinem jeweiligen Lebensort zu sterben Ja Nein
- Ich wünsche hospizlichen Beistand (ambulant und ggf. stationär) Ja Nein
- Ich wünsche seelsorglichen/spirituellen Beistand²: _____ Ja Nein
- Ich habe eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsvollmacht erstellt Ja Nein

Bevollmächtigt u./o. Informationsberechtigt: _____

In Bezug auf die hier genannte/n Person/en entbinde ich die Ärzte hiermit von der Schweigepflicht.

Diese Entbindung gilt auch, wenn ich noch entscheidungsfähig bin, weil ich die mich begleitenden Menschen in alle Entscheidungsfindungsprozesse einbeziehen möchte. Ja Nein

Die behandelnden Versorgenden fordere ich auf, mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en (siehe Vollmacht) alle Maßnahmen abzustimmen, die im Verlauf meiner Einwilligungsunfähigkeit sinnvollerweise zu ergreifen oder zu unterlassen sind. Die bevollmächtigte/n Person/en ist/sind befugt, in Maßnahmen einzuwilligen oder diese abzulehnen, auch, wenn die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide; dazu gehören Therapiezieländerungen und Behandlungsabbruch.

Im Rahmen der Erstellung der Patientenverfügung habe ich einen **Wertebogen** ausgefüllt. Dieser Bogen liegt dieser Patientenverfügung bei, damit sich sowohl die behandelnden Ärzte als auch mein/e Bevollmächtigter/n bei Unklarheiten daran orientieren können. Ja Nein

Ich untersage hiermit ausdrücklich, mir einen anderen als den hier formulierten Willen zu unterstellen und verpflichte alle Behandler und Bevollmächtigte zur Beachtung meines Willens.

_____, _____
Ort Datum Unterschrift der/des Verfügenden

Eine ausführliche Beratung erfolgte am _____ durch: _____

Der Beratende bestätigt, dass der Verfügende zum Zeitpunkt der Beratung zur Person, zeitlich, örtlich und situativ orientiert war.

Stempel sofern vorhanden

¹ Stand: 23.05.2025 (Hrsg.: Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin) Der Text dieser Patientenverfügung wurde von Home Care Berlin e.V. unter Nutzung von Textbausteinen aus dem entsprechenden Formular des Bundesministeriums der Justiz entwickelt.

² Das ist nicht zwingend religiöser Beistand – das kann auch konfessionsneutrale Begleitung sein!