



Versorgungswünsche^{i*}/Mutmaßlicher Wille (§ 1827 Abs. 2 BGB) (ggf. Stellvertreterentscheidungen)

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.

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

 (Anschrift der/des Verfügenden) (ggf. Telefon)

*Die Versorgungswünsche wurden ermittelt mit der verfügenden Person, ggf. mit oder durch eine bevollmächtigte/stellvertretende Person, auf jeden Fall im Sinne der betroffenen Person. Die Verschriftlichung der Entscheidung ist aus Sicht der verfügenden Person getroffen und benannt. Die hier getroffenen Entscheidungen stellen den geäußerten u./o. mutmaßlichen Willen der betroffenen Person dar.

Ja Nein Situationen, für die diese Verfügung gilt (Reichweitenbegrenzung) aus Sicht der betroffenen Person:

- 1.) wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im Sterbeprozess befinde
- 2.) wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst, wenn der Todeszeitpunkt unabsehbar ist (z. B. hohe Symptomlast, Sedierung).
- 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")

- _____
- soll die Lebenserhaltung nach dem Akutereignis auf max. ___ Monat/e begrenzt sein
- 4.) wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Im Falle einer weit fortgeschrittenen Demenz und zusätzlich schwerer/lebenslimitierender Erkrankung wünsche ich kurierende Therapien: Ja Nein
- 5.) wenn eine gesundheitliche Situation eintritt, die mit den o.g. vergleichbar ist.

Zum Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen wird nach ausführlicher Beratung für alle oben mit JA gekennzeichneten Anwendungssituationen wie folgt entschieden¹:

	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.

* ggf. unterstützende Ermittlung durch Betreuende, rechtl. Stellvertretende

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. JaNein

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. JaNein

Außerdem

➤ Ich wünsche Kontakt zu/Besuch von meinen An- und Zugehörigen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Ich wünsche, sofern dies möglich ist, an meinem jeweiligen Lebensort zu sterben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Ich wünsche hospizlichen Beistand (ambulant und ggf. stationär)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Ich wünsche seelsorglichen/spirituellen Beistand:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Es liegt eine <u>Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht</u> vor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

a) bevollmächtigt u./o. b) 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. JaNein

Die behandelnden Versorgenden sind aufgefordert, mit der/den bevollmächtigten Person/en (siehe Vollmacht oder Betreuungsbestellung) 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 abzulehnen, auch, wenn die Gefahr besteht, dass ein Versterben oder ein schwerer, länger dauernder gesundheitlicher Schaden erfolgen kann; dazu gehören Therapiezieländerungen und Behandlungsabbruch.

Im Rahmen der Erstellung dieser Verfügung wurde ein **Wertebogen** oder ein vergleichbares Schriftstück ausgefüllt. (liegt dieser Verfügung bei). Die behandelnden Ärzte als auch Bevollmächtigte mögen sich bei Unklarheiten daran orientieren, um in meinem Sinne/im Sinne der betroffenen Person zu handeln. JaNein

Bemerkungen: _____

_____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift der verfügenden Person / ggf. rechtl. Stellvertreter

Eine ausführliche Beratung erfolgte am _____ durch: _____

Der Beratende bestätigt die Beratung der betroffenen/stellvertretenden Person. Wünsche und/oder frühere Willensäußerungen fanden bestmöglich Berücksichtigung. Adressatengerechtes Informationsmaterial wurde genutzt.

Stempel sofern vorhanden

ⁱ Stand: 15.05.2025 (Hrsg.: Home Care Berlin e.V., Brabanter Str.21, 10713 Berlin) Der Text dieser Verfügung wurde von Home Care Berlin e.V. unter Nutzung von Textbausteinen aus der Patientenverfügung des Bundesministeriums der Justiz entwickelt.