



# Patientenverfügung

---

Vorname und Name, Geburtsdatum und Wohnort

## Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben, auch mein Leben, hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so sollen der/die hier benannte(n) Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächste Angehörige meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen. Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen würden. Vor allem wünsche ich, dass natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbar zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher gewertet werden als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

## Medizinische Versorgung und Beistand

1. Ich bitte um ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten, solange eine Aussicht auf Heilung besteht oder eine Behandlung chronischer oder schwerer Krankheiten möglich ist, die mir **Lebensfreude** und **Lebensqualität** erhält. Ich wünsche auch mit neuen Methoden und Medikamenten behandelt zu werden, die sich noch in der klinischen Erprobung befinden (ja / nein), ich akzeptiere auch fremde Gewebe und Organe (ja / nein).

2. Wenn ich mich aber (a) im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, (b) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, oder (c) wenn ich längere Zeit bewusstlos bin, oder (d) wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte einer dieser Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie auszuschöpfen und dafür zu sorgen, dass ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin. Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.

3. Insbesondere treffe ich folgende Verfügungen: (Beispiele hierfür finden Sie im Anhang)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bestätigung und Unterschrift**

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens .

---

Datum	Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers
-------	---

**Bestätigung durch Zeugen**

Ich/Wir bestätige(n), dass \_\_\_\_\_, Verfasser(in) dieser Patientenverfügung, diese heute in meiner/unserer Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich/wir an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe(n).

---

Datum	Unterschrift	Anschrift des/der Zeugen
-------	--------------	--------------------------

**Überprüfung und Bestätigung der Patientenverfügung**

1. Datum der Überprüfung \_\_\_\_\_, Änderungen: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

2. Datum der Überprüfung \_\_\_\_\_, Änderungen: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

## Anhang

**A) Schmerztherapie** : Ich wünsche eine wirksame Behandlung quälender Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit und Erbrechen (ja / nein),

- (a) auch wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde (ja / nein),
- (b) auch wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, auch das Bewusstsein verliere (ja / nein),
- (c) auch wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird (ja / nein)

**(B) Künstliche Beatmung und Ernährung** : Ich wünsche, dass künstliche Beatmung, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen und fortgesetzt werden (ja / nein),

ich wünsche jedoch keine Ernährung durch eine Magenfistel (PEG), auch wenn ich

- (a) wegen unwirksamer Schmerztherapie an unerträglichen Schmerzen leide (ja / nein)
- (b) geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne (ja / nein)
- (c) länger als ein halbes Jahr bewusstlos bin (ja / nein)

**(C) Wiederbelebung** : Wenn mein Herz zum Stillstand kommt, dann wünsche ich Maßnahmen zur Wiederbelebung (ja / nein),

- (a) auch wenn ich an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium leide (ja / nein),
- (b) auch wenn ich geistig so sehr verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Freunde und Familie nicht mehr erkenne (ja / nein),
- (c) auch wenn mit großer Wahrscheinlichkeit durch dauerhafte Schädigungen des Gehirns völlige Hilflosigkeit und Unfähigkeit zur Kommunikation zu befürchten sind (ja / nein)

**(D) Organspende** : Ich bin mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation einverstanden / nicht einverstanden / einverstanden mit Ausnahme folgender Organe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_