

# Patientenverfügung

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,  
Datum Ort

wohnhaft in \_\_\_\_\_,  
Adresse  
\_\_\_\_\_

treffe für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und eine der folgenden, von mir angekreuzten Situationen vorliegt:

- Ich befinde mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess.
- Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Infolge einer Gehirnschädigung ist meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Ich bin infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (etwa bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

nachfolgende Bestimmungen:

## **1. Bestimmungen zur ärztlichen Behandlung**

**In den oben beschriebenen Situationen habe ich die folgenden, von mir angekreuzten Wünsche zu meiner medizinischen Behandlung, wobei ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung verzichte:**

### **Lebenserhaltende Maßnahmen**

- Es soll alles medizinisch Mögliche getan werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- Es sollen alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden, soweit ich sie nicht im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Mund und Schleimhäute sollen fachgerecht gepflegt werden. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome sollen gelindert werden.

### **Verabreichung bewusstseinsdämpfender Mittel**

- Keine Verabreichung bewusstseinsdämpfender Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.
- Verabreichung bewusstseinsdämpfender Mittel zur Linderung von Beschwerden, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### **Künstliche Flüssigkeitszufuhr**

- Ich wünsche eine zur Lebenserhaltung erforderliche künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- Ich lehne jede Art künstlicher Flüssigkeitszufuhr ab.

### **Künstliche Ernährung**

- Ich wünsche eine zur Lebenserhaltung erforderliche künstliche Ernährung.
- Ich lehne jegliche Form künstlicher Ernährung ab.

## **Maßnahmen zur Wiederbelebung**

- Auf jeden Fall.
- Auf keinen Fall.
- Nur wenn ein Kreislaufstillstand oder Atemversagen im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintritt.

## **Künstliche Beatmung**

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.
- Keine künstliche Beatmung und Einstellung einer schon eingeleiteten künstlichen Beatmung, wenn ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

## **Dialyse (künstliche Blutwäsche)**

- Ja, falls dies mein Leben verlängern kann.
- Keine Dialyse bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse wird.

## **2. Bestimmungen zum Lebensende**

**Zum Lebensende habe ich die folgenden, von mir angekreuzten Wünsche zu dem Ort meines Sterbens, zu einem Beistand beim Sterben und zu der Frage einer Organspende.**

### **Ort:**

- Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- Ich möchte, wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

**Beistand:**

Ich möchte Beistand durch folgende Person/en:

\_\_\_\_\_

Ich möchte Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

\_\_\_\_\_

Ich möchte Beistand durch den Hospizdienst:

\_\_\_\_\_

**Organspende:**

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

**3. Weitere Bestimmungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift