

# Patientenverfügung

(nach Muster des Bayerischen Justizministeriums Dezember 2012)

Für den Fall, dass ich, .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich Folgendes:

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ja  nein
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. ja  nein
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist. ja  nein
- 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 ja  nein
- ..... ja  nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. **Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.**

**2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:**

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

ja  nein

**3. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:**

- Die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.

ja  nein

- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

ja  nein

**4. In den von mir unter Punkt 1 beschrieben und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)

ja  nein

- Keine Flüssigkeitsgabe (ausser bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

ja  nein

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.**

- Ich wünsche eine Begleitung

durch .....  
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Hospizdienst .....

durch Seelsorge .....

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten **Bevollmächtigten** besprochen. ja  nein

Name: ..... Name: .....

Anschrift:..... Anschrift .....

.....

Telefon: ..... Telefon: .....

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt ja  nein

- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. ja  nein

- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,
  - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
  - ODER**
  - Gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.
 (Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation eine mögliche Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**



Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß §1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich - Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Folgende Person(en) soll(en) **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

**Persönliche Anmerkungen zu meiner Patientenverfügung**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**