

# Patientenverfügung

*Zur besseren Lesbarkeit wird nur eine männliche Anredeform gewählt*

## 1. Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

## 2. Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich in hilfloser Lage oder in einem hilflosen Zustand aufgefunden werde, sind folgende Personen zu benachrichtigen und über meinen Zustand aufzuklären unter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht:

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefon)

Ich bevollmächtige die oben genannten Personen, ärztlichen Behandlungsvorschlägen zuzustimmen oder diese Vorschläge abzulehnen. Die obenbenannten Personen sind insbesondere Ermächtigt, Entscheidungen gemäß den §§ 1901a, 1901b und 1904 BGB zu treffen und einen Behandlungsabbruch herbeizuführen.

### Die Verfügung gilt insbesondere in folgenden Situationen:

wenn der unmittelbare Sterbeprozess begonnen hat.

Im Endstadium einer unheilbaren und tödlich verlaufenen Krankheit, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Bei akuter Gehirnschädigung durch Unfall, Schlaganfall, Blutung oder Entzündung, die dazu führt, dass kein bewusstes Leben mehr möglich ist. Dies gilt selbst dann, wenn eine äußerst geringe Möglichkeit besteht, aus dem Zustand nochmals zu erwachen.

Außerdem soll die Verfügung auch bei folgenden Krankheitsbildern eingreifen:

Nachdem ich mich über die medizinische Situation und rechtliche Bedeutung einer solchen Erklärung ausführlich informiert habe, erkläre ich, dass ich **in den obenbenannten Fällen** mit einer Intensivtherapie oder Wiederbelebung nicht einverstanden bin.

**In den obenbenannten Fällen**, wünsche ich die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen und verweigere die Zustimmung zu Wiederbelebungsmaßnahmen.

Ich verweigere insbesondere die Zustimmung zu Maßnahmen, die zu einer Verlängerung des Sterbevorgangs oder zu einer Verlängerung des Leidens führen.

Alle pflegerischen Maßnahmen, die dem Wohlbefinden dienen, -u.a. Mundpflege, Bekämpfung von Atemnot, Übelkeit und Durst sollen durchgeführt werden. Ich fordere die behandelnden Ärzte auf, eine optimale schmerzbefreiende und leidenslindernde Behandlung durchzuführen, auch wenn damit eine Bewusstseinstäubung oder Lebensverkürzung verbunden ist.

Folgende Behandlungsmaßnahmen lehne ich ab:

Das Legen einer Magensonde wenn keine Aussicht mehr besteht, ein bewusstes Leben zu führen.

*(Ergänzende Wünsche und Ansichten- ggf. auch im Vorfeld einer schweren Operation oder bei schwerer Erkrankung bitte auf der Rückseite notieren)*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfügenden

Die eigenhändige Unterschrift des Verfügenden wird hiermit beglaubigt/ bestätigt:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bank / Behörde / Rechtsanwalt

*(Namen und Anschrift des Arztes oder des Rechtsanwaltes, bei dem eine Beratung erfolgt ist, bitte **hier** ergänzen: )*