

# Patientenverfügung

*Zur besseren Lesbarkeit wird nur eine männliche Anredeform gewählt*

## 1. Personalien Name (Geburtsdatum – ggf.Geburtsname - Adresse)

## 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)

---

(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. Jeder soll alleine handlungsfähig. Jeder soll berechtigt sein, auch von mir selbst eingeleitete Behandlungen und Eingriffe rückgängig zu machen.

**Ich bin Träger eines Herzschrittmachers und eines Defibrillators. Jeder Bevollmächtigte soll deshalb auch berechtigt sein, nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten, die Abschaltung von meinem Herzschrittmacher und von meinem Defibrillator in die Wege zu leiten.**

### 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.

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. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden. Das Legen einer Magensonde lehne ich ab, wenn keine Aussicht mehr besteht, ein bewusstes Leben zu führen.

---

**Ort, Datum**

Die eigenhändige Unterschrift des Verfügenden wird hiermit beglaubigt/bestätigt; es wird bestätigt, daß eine umfassende Beratung des Verfügenden durch den unterzeichnenden Rechtsanwalt erfolgt ist:

---

**Unterschrift des Verfügenden**

---

**Ort, Datum**

*(Namen und Anschrift des Arztes oder des Rechtsanwaltes, bei dem eine Beratung erfolgt ist, bitte ergänzen: RA Assion 2017)*

---

**Rechtsanwalt**