**1 Eingangsformel**

Ich …

*(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)*

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder

verständlich äußern kann … .

**2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll**

Wenn

• ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess

befinde …

• ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde,

selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist …

• infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen,

Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach

Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte

*(können namentlich benannt werden)* aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn derTodeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B.

durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung 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

Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber

unwahrscheinlich ist.

• ich infolge eines 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.

• Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

*(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer*

*Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)*

**3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher**

**Maßnahmen**

**3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

• dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu

erhalten.

*Oder*

• dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen

auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und

Flüssigkeitsaufnahme.

Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten

sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von

Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

**3.2 Schmerz- und Symptombehandlung**

• In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und

Symptombehandlung,

• aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

*oder*

• wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle

versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur

Beschwerdelinderung.

• die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit

durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

• dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird,

wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

*Oder*

• dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei

palliativmedizinischer Indikation6 zur Beschwerdelinderung erfolgen.

*Oder*

• dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung

der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge)

und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

**3.4 Wiederbelebung**

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

• Versuche der Wiederbelebung.

*Oder*

• die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

• , dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer

Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen

informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines

Kreislaufstillstands oder Atemversagens

• lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

*oder*

• lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen

ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

**3.5 Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

• eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

*oder*

• dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung

eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der

Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten

Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

**3.6 Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

• eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

*oder*

• dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

**3.7 Antibiotika**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

• Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

*oder*

• Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation**6** zur Beschwerdelinderung.

*oder*

• keine Antibiotika.

**3.8 Blut/Blutbestandteile**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

• die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

*oder*

• die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation**6** zur

Beschwerdelinderung.

*oder*

• keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

**4 Ort der Behandlung, Beistand**

Ich möchte

• zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

*oder*

• wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

*oder*

• wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

• Beistand durch folgende Personen:

• Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder

Weltanschauungsgemeinschaft:

• hospizlichen Beistand.

**5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

• Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht

gegenüber folgenden Personen:

**6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf**

**der Patientenverfügung**

• Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und

pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem

Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/

Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

• Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in

dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine

anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner

Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass

sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

• In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret

geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu

ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei

unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende

ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere

Bedeutung zukommen: *(Alternativen)*

- meiner/meinem Bevollmächtigten.

- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

- anderer Person: … .

• Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir

in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungs- team/mein(e)

Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen

Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner

Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist

möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner

Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen

Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung

zukommen: *(Alternativen)*

- meiner/meinem Bevollmächtigten.

- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

- anderer Person: … .

**7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

• Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für

Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von

mir bevollmächtigten Person besprochen:

**Bevollmächtigte(r)**

Name:

Anschrift:

Telefon/Telefax/E-Mail:

• Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers

erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten

Betreuerin/Betreuer besprochen).

**Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer**

Name:

Anschrift:

Telefon/Telefax/E-Mail:

**8 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung**

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

• Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

• Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

**9 Organspende**•

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu

Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt).

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als

Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt

werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

(Alternativen)9

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

*Oder*

• Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu

Transplantationszwecken ab.

**10 Schlussformel**

• Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich

auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.10

**11 Schlussbemerkungen**

• Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung

bekannt.

• Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen

bewusst.

• Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck

erstellt.

• Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

**12 Information/Beratung**

• Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei / durch

und beraten lassen durch

**13 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit (freiwillig)**

Herr/Frau

wurde von mir am

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

• Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt

werden.

**14 Aktualisierung**

• Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

*Oder*

• Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von *(Zeitangabe)* ihre Gültigkeit verlieren, es

sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

• Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich

diesen nachstehend:

*(Alternativen)*

- in vollem Umfang.

- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

Optimal durch mehrere Zeugen bestätigen lassen