

## Vorlage Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung – auch als Patiententestament oder Patientenbrief bekannt – können Sie Ihre Wünsche für eine medizinische Behandlung niederlegen, für den Fall, dass Sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, diese selbst mit Ihren Ärzten zu besprechen. Das Gesetz des Betreuungsrechts sieht vor, dass Ihre Festlegungen für bestimmte ärztliche Maßnahmen verbindlich sind. Voraussetzung dafür: Ihr Wille für eine konkrete Lebens- und Behandlungssituation ist eindeutig und kann von Ärzten und Betreuern sicher festgestellt werden. Ist diese Bedingung erfüllt, kann die Missachtung des Patientenwillens als Körperverletzung gewertet werden und strafbar sein.

Wir haben für Sie als Vorlage für ein Patiententestament Textbausteine zum Ankreuzen zusammengestellt, das grundlegende Verfügungen enthält. Wenn Sie eine umfassendere und individuelle Verfügung, die optimal an Ihre persönliche Situation angepasst ist, wünschen, empfehlen wir Ihnen, sich an Ihren Arzt oder eine Beratungsstelle (siehe Seite 2) zu wenden.

**Wichtige Hinweise:** Das Bundesjustizministerium rät, eine ärztliche oder andere fachkundige Unterstützung beim Formulieren von Patientenverfügungen einzuholen. Denn die Konkretisierung medizinischer Inhalte ist oft entscheidend, beispielsweise in Bezug auf das Ausmaß von Gehirnschädigungen oder die Differenzierung zwischen Akut- und Dauerzuständen.

Weitere ausführliche Formulierungshilfen finden Sie auf [www.bmjv.de](http://www.bmjv.de) zahlreiche Mustervorlagen hält das Zentrum für medizinische Ethik in Bochum bereit ([www.ethikzentrum.de/patientenverfuegung](http://www.ethikzentrum.de/patientenverfuegung)). FinalForest kann für die Patientenverfügungs-Vorlage in diesem Dokument keine Haftung hinsichtlich Vollständigkeit, Richtigkeit u.ä. übernehmen. Wir legen Ihnen nahe, sich durch Ihren Arzt oder andere fachkundige Experten beraten zu lassen.

**Unsere Empfehlungen:** Hinterlegen Sie eine Kopie der Patientenverfügung bei Ihrem behandelnden Arzt sowie bei mindestens einer Person Ihres Vertrauens. Notieren Sie auf ein Kärtchen, bei wem Sie ein Patiententestament hinterlegt haben, und führen Sie dieses zusammen mit Ihren Ausweispapieren immer bei sich. Wenn Sie ein Patiententestament verfassen, empfehlen wir Ihnen, dieses mit einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung zu kombinieren. Die darin genannten Betreuer/innen kümmern sich darum, dass Ihre Patientenverfügung Anwendung findet.

Waldfriedhof Rest in Trees kann für diese Vorlage keine Haftung hinsichtlich Vollständigkeit, Richtigkeit u. Ä. übernehmen. Wir legen Ihnen nahe, sich für spezielle Regelungen durch fachkundige Experten beraten zu lassen.



## Quellen/Beratungsstellen:

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz  
Broschüre „Patientenverfügung“ des BMJV:  
Download unter [www.bmjv.de](http://www.bmjv.de)  
oder per Post bestellen beim  
Publikationsversand der Bundesregierung,  
Postfach 48 10 09  
18132 Rostock

Ethikzentrum – Zentrum für Angewandte Ethik  
Hohenzollernstr. 76  
45659 Recklinghausen  
Telefon: +49 (0) 2361 9384752  
Telefax: +49 (0) 2361 17121  
E-Mail: [info@ethikzentrum.de](mailto:info@ethikzentrum.de)  
[www.ethikzentrum.de](http://www.ethikzentrum.de)

Humanistischer Verband Deutschlands  
Bundeszentralstelle Patientenverfügung  
Wallstraße 65  
10179 Berlin  
Telefon: 030 613904-11, -12  
Telefax: 030 613904-36  
E-Mail: [mail@patientenverfuegung.de](mailto:mail@patientenverfuegung.de)  
[www.patientenverfuegung.de](http://www.patientenverfuegung.de)

Stiftung Patientenschutz  
[info@stiftung-patientenschutz.de](mailto:info@stiftung-patientenschutz.de)  
[www.stiftung-patientenschutz.de](http://www.stiftung-patientenschutz.de)

### Geschäftsstellen der Stiftung in:

Dortmund  
Europaplatz 7  
44269 Dortmund  
Telefon: 0231 7380730  
Fax: 0231 7380731

München  
Baldestraße 9  
80469 München  
Telefon: 089 2020810  
Fax: 089 20208111

Berlin  
Chausseestraße 10  
10115 Berlin  
Telefon: 030 28444840  
Fax: 030 28444841

## Patientenverfügung

Ich, .....(Name, Vorname), geboren am.....,

wohnhaft in.....  
(komplette Anschrift)

erkläre folgende Behandlungswünsche, falls ich mich in einer Situation befinde, in der ich meinen Willen nicht bilden oder verständlich äußern kann.

*Die Verfügung gilt, wenn ich (Zutreffende Situation bitte ankreuzen):*

- mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit mit tödlichem Verlauf befinde, selbst dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht konkret absehbar ist.
- aufgrund einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit unwiederbringlich verloren habe, Einsichten zu gewinnen, selbständig Entscheidungen zu treffen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Diese Einschätzung müssen zwei erfahrene Ärzte/Ärztinnen unabhängig voneinander treffen. Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und auch ein Aufwachen aus diesem Zustand nie ganz sicher auszuschließen ist.
- infolge eines Hirnabbauprozesses – beispielsweise nach einer Demenzerkrankung – nicht mehr in der Lage sein werde, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

*In den o.g. Situationen wünsche ich, dass:*

- alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mein Leben zu erhalten
- keine lebenserhaltenden Maßnahmen durchgeführt werden. Ich wünsche nur noch eine pflegerische Grundversorgung sowie Schmerz- und Beschwerdelinderungen (wie bei Atemnot, Übelkeit, Angst u.ä.)
- meine Schmerzen und Symptome fachgerecht behandelt werden
  - aber keine bewusstseinsdämpfende Mittel angewendet werden.
  - und akzeptiere auch bewusstseinsdämpfende Mittel, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.
  - und nehme die Möglichkeit in Kauf, dass schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen meine Lebenszeit verkürzen.
- mein Leben mit künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verlängert wird.
- künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nur zur Beschwerdelinderung erfolgen.

- unter keinen Umständen eine künstliche Ernährung/Flüssigkeitszufuhr erfolgt. Ich verzichte auf künstliche Ernährung jedweder Form (wie Magensonden durch Bauchdecke oder Nase) und wünsche keine künstliche Flüssigkeitszufuhr, sondern eine fachgerechte Mundpflege und -befeuchtung.
- Wiederbelebensmaßnahmen durchgeführt werden.
- Wiederbelebensmaßnahmen nur für den Fall durchgeführt werden, wenn sie in den ersten fünf Minuten des Herz- oder Kreislaufstillstandes erfolgen. Eine Reanimation nach fünf Minuten lehne ich ab, weil das Risiko schwerwiegender Dauerschädigungen des Gehirns mit jeder Minute des Stillstands wächst.
- keine Reanimation durchgeführt wird.
- kein Notarzt in heimischer Umgebung (zu Hause oder im Alten-/Pflegeheim) verständigt wird.
- eine künstliche Beatmung mein Leben verlängert.
- keine künstliche Beatmung durchgeführt wird und ich stattdessen Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte, selbst wenn diese meine Lebenszeit verkürzen sollten.
- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) zur Lebensverlängerung durchgeführt wird.
- auf eine Dialyse verzichtet wird.
- Antibiotika eingesetzt werden, falls sie mein Leben verlängern können.
- Antibiotika nur zur Beschwerdelinderung eingesetzt werden.
- keine Antibiotika eingesetzt werden.
- lebenserhaltende und intensivmedizinische Maßnahmen nur dann durchgeführt werden, sofern eine realistische Aussicht besteht, dass ich nach der Behandlung ein lebenswertes Leben erwarten kann.  
 Meine Definition eines lebenswerten Lebens: .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Alle meine o.g. Verzichte schließen jegliche lebenserhaltenden Eingriffe – Dialyse, Operationen, künstliche Beatmung, Ernährung etc. – ein. Mir ist bewusst, dass das zum Tod führen kann.

- Ich stimme jedoch zu, dass mir beruhigende, sedierende Medikamente verabreicht werden, wenn ich unter Schmerzen, Angst oder Atemnot leide, selbst wenn ich nach der Einnahme ohne Bewusstsein sein sollte oder mein Leben durch diese Maßnahmen verkürzt wird.



### Bestimmungen über den Behandlungsort: Ich möchte zum Sterben

- in ein Krankenhaus verlegt werden.
- in ein Hospiz gebracht werden.
- zu Hause bleiben.

Vor der Entscheidung über die Umsetzung dieser Patientenverfügung sind folgende Personen zu benachrichtigen:

1. ....
2. ....
3. ....

Ich bitte den behandelnden Arzt, ihnen Auskunft zu erteilen.

Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und verstehe jeden Punkt dieser Verfügung.

.....  
 Ort, Datum                                      Unterschrift Verfasser/-in

Die/der Unterzeichner/in ist mir bekannt und ich habe mich davon überzeugt, dass sie/er im Vollbesitz ihrer/ seiner geistigen Kräfte ist.

.....                                      .....  
 Ort, Datum                                      Unterschrift erster Zeuge                      Ort, Datum                                      Unterschrift zweiter Zeuge

### Weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe folgender Person eine **Vorsorgevollmacht** erteilt und mit ihr meine Patientenverfügung besprochen:  
 Name, Vorname: .....  
 Anschrift: ..... Telefon: .....

Ich habe folgender Person eine **Betreuungsverfügung** erteilt und mit ihr meine Patientenverfügung besprochen:  
 Name, Vorname: .....  
 Anschrift: ..... Telefon: .....