

## PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

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

(Zutreffendes habe  
ich hier angekreuzt  
bzw. eingefügt)

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

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- 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.
- .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

### 2. In allen unter Nummer 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.

**3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:**

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebungsmaßnahmen.

**4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung).

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung  
durch .....  
.....  
.....

(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. Ja  Nein
- 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!)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigelegt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....

Ort, Datum

.....

*Unterschrift*

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	<i>Unterschrift</i>

#### Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name .....

Adresse .....

Telefon ..... Telefax/E-Mail .....

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

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

.....

.....

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

.....

.....

Name:

Anschrift

geboren am:

## **Nachtrag / Ergänzung zur Patientenverfügung vom**

### **Hinzufügung zu Nummer 1:**

Vergleichbare, nicht ausdrücklich erwähnte Situationen sollen vom Bevollmächtigten im Sinne der Verfügung allein nach meinen Werten entschieden werden, wenn er/sie/es sich sicher ist, dass ich die geplante Behandlung nicht gewollt hätte!

Datum:

Unterschrift:

# Persönliche Ergänzungen zur Patientenverfügung

(aktuelle Lebens- und Krankheitssituation, zusätzliche Krankheitszustände mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen, grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben)

Eine wichtige Ergänzung und Verstärkung Ihrer Patientenverfügung ist es, wenn Sie Ihre aktuelle Lebens- und Krankheitssituation sowie ergänzende Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche in weiteren, im Formular der Patientenverfügung nicht erwähnten Krankheitsfällen aufschreiben. Darüber hinaus ist es hilfreich, wenn Sie Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre religiöse Anschauung und Ihre Einstellung zum eigenen Leben und Sterben bedenken und schriftlich festhalten. Dazu können Ihnen die folgenden Überlegungen und Fragen hilfreich sein.

Zunächst zwei Beispiele, die Folgendes deutlich machen sollen:

In bestimmten Grenzsituationen des Lebens sind Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen im Einzelfall kaum möglich. Wenn Sie sich selbst für die eine oder andere Lösung entscheiden, übernehmen Sie Verantwortung dafür, ob Sie auf der einen Seite auf ein mögliches Stück Leben verzichten wollen, oder ob Sie für eine kleine Chance guten Lebens einen möglicherweise hohen Preis an Abhängigkeit und Fremdbestimmung zu zahlen bereit sind.

Wiederbelebungsversuche sind häufig erfolgreich im Hinblick auf das Wiedereinsetzen der Herz- und Nierenaktivität. Leider gelingt jedoch viel seltener eine komplette Wiederherstellung aller Gehirnfunktionen. Bei einer Wiederbelebung entscheiden oft Sekunden oder Minuten über den Erfolg. Daher hat der behandelnde Arzt in dieser Situation keine Zeit, lange Diskussionen oder Entscheidungsprozesse zu führen. Er kann auch nicht voraussagen, ob der betreffende Mensch überhaupt nicht zu retten ist, ob er mit einem schweren Hirnschaden als Pflegefall überleben wird oder ob ihm nach erfolgreicher Wiederbelebung ein normales, selbstbestimmtes Leben möglich ist.

Wenn Sie sich über Ihre Behandlungswünsche in einer solchen Situation Klarheit verschaffen wollen, könnte die Beantwortung folgender Fragen hilfreich für Sie sein:

- Wünschen Sie, dass Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens wiederbelebt werden, weil eine Chance besteht, nicht nur am Leben zu bleiben, sondern

ein weiterhin selbstbestimmtes Leben führen zu können?

- Verzichten Sie im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines Atemversagens auf die Chance, weitgehend folgenlos eine Wiederbelebung zu überstehen, weil der Preis einer möglichen schlimmen Hirnschädigung für Sie zu hoch wäre?

Wachkomapatienten finden in Ausnahmefällen noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Therapie, aber auch totaler Abhängigkeit in ein selbstbestimmtes, bewusstes Leben zurück. Auch in dieser Situation lässt sich zunächst nicht voraussagen, ob die jeweils betroffene Person zu den wenigen gehören wird, die in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren oder zu den vielen, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen.

Fragen im Hinblick auf diese Situation könnten sein:

- Wünschen Sie, dass im Falle eines Wachkomas alles Menschenmögliche für Sie getan wird in der Hoffnung, dass Sie vielleicht zu den wenigen gehören, die nach jahrelanger Therapie in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren können?
- Oder ist Ihnen die Vorstellung einer langjährigen totalen Abhängigkeit zu erschreckend, so dass Sie lieber auf diese Lebensmöglichkeit verzichten wollen und nach einer von Ihnen zu bestimmten Zeit weitere Maßnahmen zur Lebensverlängerung ablehnen?

Natürlich werden Ihre Antworten auf diese Fragen davon abhängen, ob Sie alt oder jung sind, unheilbar krank oder gesund. Sie hängen aber auch ab von Ihren Einstellungen zu dem hinter Ihnen liegenden Lebensabschnitt und von Ihren Vorstellungen über die vor Ihnen liegende Lebensspanne. Und je nach Lebenssituation können die Antworten im Laufe Ihres Lebens immer wieder anders ausfallen.

Die folgenden Fragen sollen Sie anregen, über Ihre eigenen Lebenseinstellungen und Wertvorstellungen nachzudenken:

- Können Sie Ihr Leben rückblickend als gelungen bezeichnen? Oder würden Sie lieber – wenn Sie

könnten – Ihr Leben ganz anders führen? Sind Sie enttäuscht worden vom Leben? Gibt es viele unerfüllte Wünsche, von denen Sie hoffen, dass sie zukünftig noch erfüllt werden könnten?

- Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in Ihrem Leben umgegangen? Haben Sie sich dabei von anderen helfen lassen oder haben Sie versucht, alles allein zu regeln und alles mit sich selbst auszumachen?
- Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen, oder sind Sie der Meinung, dass Sie sich getrost helfen lassen dürfen?
- Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung? Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch über den Tod hinaus?
- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer? Geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität oder umgekehrt, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um? Gibt es für Sie einen Unterschied in der Wertung zwischen geistiger und körperlicher Behinderung? Was wäre die schlimmste Behinderung, die Sie selbst treffen könnte?
- Gibt es viele „unerledigte“ Dinge in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?
- Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben? Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht, oder ziehen Sie sich lieber zurück? Können Sie sich vorstellen, einen Menschen beim Sterben zu begleiten? Würden Sie eine solche Begleitung für sich selber wünschen?

Beschäftigen Sie sich mit den Fragen, die für Sie jetzt wirklich wichtig sind. Nehmen Sie sich Zeit dafür, sprechen Sie mit vertrauten Menschen darüber und notieren Sie die wichtigsten Gedanken auf dem Beiblatt „Meine persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung“. Dieses Beiblatt ist als ergänzende Erläuterung Teil Ihrer Patientenverfügung. Es dient dazu, die Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit Ihrer Entscheidung zu unterstreichen und Ihre persönlichen Überlegungen zu verdeutlichen. Wenn Sie diese nicht ausführlich niederschreiben wollen, genügt es auch, einige der beispielhaft genannten Fragen schriftlich zu beantworten. Zumindest sollten Sie aber mit eigenen Worten möglichst handschriftlich zum Ausdruck bringen, dass Sie sich gründlich mit der Bedeutung einer Patientenverfügung befasst, den Inhalt der vorgeschlagenen Formulierung verstanden haben und dass die jeweils von Ihnen angekreuzten Aussagen Ihrem eigenen Willen entsprechen. Dann kann später Ihre Verfügung nicht mit der Behauptung angezweifelt werden, Sie hätten möglicherweise einen Vordruck unbesehen oder ohne genaue Vorstellung seiner inhaltlichen Bedeutung unterschrieben.

Sie haben dabei auch die Möglichkeit, sich grundsätzlich zur Frage der Wiederbelebung im Falle eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstandes oder eines akuten Lungenversagens zu äußern, wenn Sie das aufgrund Ihres Alters, Ihrer Lebenseinstellung oder Ihrer Krankheitssituation wünschen. Sie können beispielsweise auch festlegen, ob eingreifende Maßnahmen wie Dialyse, künstliche Beatmung, Intensivbehandlung oder große Operationen vorgenommen oder unterlassen werden sollen, wenn Sie sich noch nicht im Endstadium einer Demenz befinden, aber die Fähigkeit zu jeder Kommunikation erloschen ist. Einzelheiten darüber sollten Sie mit einem Arzt oder einer Ärztin besprechen. Das gilt insbesondere für den Fall schwerer Krankheit.

## Meine persönlichen Ergänzungen zur Patientenverfügung

(aktuelle Lebens- und Krankheitssituation, zusätzliche Krankheitszustände mit den jeweiligen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünschen, grundsätzliche Überlegungen zu Leben und Sterben)

Name, Vorname .....

Adresse .....

Ort, Datum

Unterschrift

## VOLLMACHT

Ich, ..... (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmachtseteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

### Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja  Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).\* Ja  Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.\* Ja  Nein

---

\* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja  Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.\* Ja  Nein
- ..... Ja  Nein

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja  Nein
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. Ja  Nein
- Sie darf meinen Haushalt auflösen. Ja  Nein
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. Ja  Nein
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja  Nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja  Nein
- ..... Ja  Nein

## Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich
  - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen Ja  Nein
  - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja  Nein
  - Verbindlichkeiten eingehen Ja  Nein

---

\* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB und § 1906a Abs. 2, 4 und 5 BGB).

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Ja  Nein
  
  - Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja  Nein
  
  - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können Ja  Nein
- .....  
.....

## Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja  Nein

## Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. Ja  Nein

## Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Ja  Nein

## Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. Ja  Nein

## Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja  Nein

## Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt. Ja  Nein

## Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. Ja  Nein

## Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. Ja  Nein

## Weitere Regelungen

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

Ort, Datum

*Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers*

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

Ort, Datum

*Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers*