

**Patientenverfügung**  
**(§ 1901a Absatz 1 BGB)**

Ich, ....., geb. am....., wohnhaft in..... verfüge schon heute für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung folgendes:

Ich möchte in Würde sterben und bitte meine Angehörigen, Ärzte und Pfleger mir dabei beizustehen.

*Hinweis: Bei den nun folgenden Beschreibungen handelt es sich nur um eine beispielhafte Aufzählung von Lebenssituationen, für die Sie Regelungen in Ihrer Patientenverfügung treffen können. Weitere sind denkbar, insbesondere wenn bereits eine Erkrankung vorliegt. In Ihrer Patientenverfügung müssen Sie die Situationen aufnehmen, für die Ihre Verfügung gelten soll.*

Für den Fall, dass

- ich mich nach ärztlicher Prognose aller Wahrscheinlichkeit im unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,
- zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben, dass aufgrund einer Gehirnschädigung (bspw. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, (wobei mir bewusst ist, dass die Möglichkeit, dass ich aus diesem Zustand erwachen werde, nie gänzlich auszuschließen ist),
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder aber mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,

Weitere

.....

.....

.....

.....

bestimme ich, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder -verlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese unter Umständen meine Lebenszeit verkürzen,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden,
- ich nicht künstlich beatmet werde, ich verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese meine Lebenszeit verkürzen,
- ich keine künstliche Ernährung erhalte.

Weitere

.....

.....

.....

.....

Für den Fall, dass in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation eine der vorgenannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, widerrufe ich hiermit meine Einwilligung in die Aufrechterhaltung dieser Maßnahme und verlange deren Einstellung.

*Hinweis: Bei diesen ärztlichen Maßnahmen handelt sich nur um eine beispielhafte Aufzählung. Sie können weitere oder andere ärztliche Maßnahmen in Ihre Verfügung einbeziehen, wie bspw. Dialyse oder Bluttransfusion. Sie sollten genau prüfen, auf welche ärztlichen Maßnahmen Sie persönlich in bestimmten Lebenssituationen verzichten möchte und welche ärztliche Maßnahmen Sie in Anspruch nehmen möchten.*

Ich möchte in jedem Fall eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung und eine menschenwürdige Unterbringung. Insbesondere verlange ich, dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten und Atemnot, Übelkeit, Angst sowie anderen qualvollen Zuständen und belastenden Symptomen Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch mein Tod voraussichtlich früher eintreten wird.

Hinweis zur Organspende: Die Durchführung einer Organspende erfordert häufig kurzfristig medizinische Maßnahmen, die im Widerspruch zu dem Inhalt Ihrer Patientenverfügung stehen können. Es empfiehlt sich daher, in Ihre

*Patientenverfügung eine Erklärung aufzunehmen, wie zu verfahren ist, falls eine Situation auftritt, in der Sie als Organspender in Betracht kommen.*

Für den Fall, dass ich bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht komme, bestimme ich ergänzend folgendes:

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können und dafür ärztliche Maßnahmen erforderlich werden, die ich in meiner Patientenverfügung grundsätzlich ausgeschlossen habe. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

*gegebenenfalls ergänzend*

- Dieses gilt auch, wenn der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte bei mir zwar noch nicht eingetreten ist, aber er aller Voraussicht nach in wenigen Tagen eintreten wird.

*oder*

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken ab.

Weitere

.....

.....

.....

.....

Ich gebe diese Erklärung nach sorgfältiger Überlegung und in der vollen Verantwortung für mich selbst ab. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte bindet. Mir ist auch klar, dass meine Entscheidung in einer der o.g. Lebens- und Behandlungssituationen die benannten ärztlichen Maßnahmen abzulehnen, dazu führen kann, dass meine Lebenszeit verkürzt wird.

Mein Hausarzt .....(Name, Anschrift) hat mich am ..... (Datum) über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung, in der von mir beschriebenen Lebens- und Behandlungssituation auf die oben benannten ärztlichen Maßnahmen zu verzichten, aufgeklärt.

*Hinweis: Ein ärztliches Beratungsgespräch ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, wird aber empfohlen, insbesondere um sicherzustellen, dass man die Bedeutung und Tragweite der Verfügung richtig erfasst.*

Diese Verfügung bitte ich, meinen behandelnden Ärzten zugänglich zu machen.  
.....Datum Unterschrift

Mein Arzt (Name, Anschrift) ist berechtigt, folgenden Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und ist insoweit von der Schweigepflicht entbunden:

Name.....Anschrift.....  
.....

(ggf.: Folgende Person hat von mir eine gesonderte Vorsorgevollmacht erhalten, die auch die Umsetzung dieser Patientenverfügung erfasst:

Name .....  
Anschrift .....)

..... Datum Unterschrift

Zur späteren Bestätigung der Verfügung: Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht verändert hat: .....  
Datum Unterschrift

*Hinweis: Eine regelmäßige Aktualisierung ist gesetzlich nicht erforderlich, sie empfiehlt sich aber, damit später keine Zweifel auftreten, ob die Patientenverfügung noch gelten soll oder nicht. Aus demselben Grund sollte eine Patientenverfügung, die nicht mehr gelten soll, vernichtet werden.*