

Einleitung

Die Patientenverfügung regelt – anders als die Vorsorgevollmacht – spezifische medizinische Eingriffe und Behandlungen und ist direkt an Ärzte gerichtet.

Eine solche Verfügung tritt erst dann in Kraft, wenn der Vollmachtgeber bzw. Patient nicht mehr einsichts- und entscheidungsfähig ist, da er selbst nicht mehr in der Lage ist, mit den behandelnden Ärzten zu kommunizieren.

Daher ist es unabdinglich, dass eine Patientenverfügung im Zustand der eigenen Geschäftsfähigkeit im Vorfeld erstellt wird, damit im Falle von Einsichts- und Entscheidungsunfähigkeit der persönliche Wille kommuniziert und erhalten werden kann. Die behandelnden Ärzte sind verpflichtet, sich an diese Willenserklärung zu halten.

Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden, solange sie nicht notariell beglaubigt wurde. Wenn das der Fall ist, muss ein Widerruf schriftlich erfolgen. Die Verfügung muss aber prinzipiell nicht notariell beglaubigt werden.

Stammdaten

Anrede*

Vorname*

Nachname*

Geburtsort*

Geburtsdatum*

Straße*

PLZ*

Ort*

1. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich:

- ☐ mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ☐ mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, z. B. bei einer Demenzerkrankung, befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

- ☐ mich im Endstadium eines unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses 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 aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen, z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigungen, 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.

2. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

Bitte wählen Sie die Festlegung aus, die Ihrem persönlichen Willen entspricht.

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich, dass alle medizinisch indizierten Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 2.1 bis 2.9 bezeichneten Bestimmungen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich, dass lebenserhaltende Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 2.1 bis 2.9 bezeichneten Bestimmungen unterlassen bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

2.1 Schmerz- und Symptombehandlung / palliative Sedierung

Finden Sie den Einsatz bewusstseinsdämpfender Mittel zur Linderung schwerer Schmerzen und anderer belastender Symptome angebracht, wenn andere medizinische Möglichkeiten nicht ausreichen?

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung zu erhalten. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, jedoch keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung, da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.

2.2 bis 2.9 Lebenserhaltende medizinische Maßnahmen

Welche der folgenden medizinischen Maßnahmen wünschen Sie in den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen? Bitte treffen Sie für jede medizinische Maßnahme eine eindeutige Auswahl.

2.2 Künstliche Ernährung

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich, dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Ernährung bzw. wünsche ich, dass eine bereits begonnene künstliche Ernährung eingestellt wird.

2.3 Künstliche Flüssigkeitszufuhr

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich, dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Ernährung bzw. wünsche ich, dass eine bereits begonnene künstliche Ernährung eingestellt wird.

2.4 Künstliche Beatmung

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Beatmung bzw. wünsche ich, dass eine bereits eingeleitete künstliche Beatmung eingestellt wird.

2.5 Dialyse

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keine künstliche Blutwäsche (Dialyse) bzw. wünsche ich, dass eine bereits begonnene Dialyse eingestellt wird.

2.6 Antibiotika

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich die Gabe von Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich die Gabe von Antibiotika nicht mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern, sondern ausschließlich, soweit sie der Linderung meiner Beschwerden dient.

2.7 Blut oder Blutbestandteile

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

2.8 Kreislaufstabilisierende Medikamente

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

2.9 Wiederbelebungsmaßnahmen

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen erwarte ich in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

2.9 Wiederbelebensmaßnahmen

☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

2.10 Organspende

Wie stehen Sie zur Organ- und Gewebespende? Bitte wählen Sie die Festlegung aus, die Ihrem persönlichen Willen entspricht.

- ☐ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.
- ☐ Ich gestatte eine Organ- und Gewebespende, sofern diese unter Berücksichtigung meiner übrigen Festlegungen in dieser Patientenverfügung medizinisch möglich ist. Die von mir getroffenen Festlegungen zu lebenserhaltenden Maßnahmen sollen dabei Vorrang haben.
- ☐ Komme ich nach ärztlicher Beurteilung als Organ- oder Gewebespenderin bzw. Organ- oder Gewebespende in Betracht und müssen hierfür medizinische Maßnahmen durchgeführt oder fortgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, soll meine erklärte Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende Vorrang haben. Dafür gestatte ich zeitlich eng begrenzt die erforderlichen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen sowie zur anschließenden Organentnahme und zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme.
- ☐ Ich gestatte eine Organ- und Gewebespende mit Ausnahme der folgenden Organe und/oder Gewebe:

Achtung bei widersprüchlichen Festlegungen

Eine Zustimmung zur Organspende kann mit zuvor getroffenen Festlegungen zur Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen in Konflikt stehen. Für eine postmortale Organspende müssen der Tod durch den unumkehrbaren Ausfall der gesamten Hirnfunktionen festgestellt und bestimmte intensivmedizinische Maßnahmen zeitweise fortgeführt werden. Hierzu kann insbesondere eine künstliche Beatmung erforderlich sein.

Wenn Sie einer Organspende zustimmen, gleichzeitig aber entsprechende intensivmedizinische Maßnahmen ausschließen, sollte deshalb eindeutig festgelegt werden, welcher Wunsch im Konfliktfall Vorrang hat. Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit empfiehlt ausdrücklich eine widerspruchsfreie und klare Dokumentation.

Mögliche Konflikte können insbesondere bei folgenden Festlegungen entstehen:

- künstliche Ernährung
- künstliche Flüssigkeitszufuhr
- künstliche Beatmung
- Dialyse
- Wiederbelebensmaßnahmen
- Blut oder Blutbestandteile
- Antibiotika
- kreislaufstabilisierende Medikamente

3. Aufenthalt und Begleitung

Wie stehen Sie zur Organ- und Gewebespende? Bitte wählen Sie die Festlegung aus, die Ihrem persönlichen Willen entspricht.

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich ins Krankenhaus verlegt werden.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich, wenn möglich, in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich, wenn möglich, in ein Hospiz verlegt werden.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich, wenn möglich, in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.

3.1 Gewünschter Aufenthaltsort

Wo möchten Sie in den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möglichst betreut werden?

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich ins Krankenhaus verlegt werden.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich, wenn möglich, in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich, wenn möglich, in ein Hospiz verlegt werden.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich, wenn möglich, in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.

3.2 Seelsorge und persönliche Begleitung

Welche Form der seelsorglichen oder persönlichen Begleitung wünschen Sie in den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich Seelsorge und Begleitung erhalten.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich das Sakrament der Krankensalbung empfangen.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen wünsche ich keinen besonderen seelsorglichen Beistand.
- ☐ In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen möchte ich von folgender Person seelsorglich begleitet werden:

Persönliche Begleitung

Anrede*

Vorname*

Nachname*

Persönliche Begleitung

Straße*

PLZ*

Ort*

4. Vertrauensperson, Verbindlichkeit und Widerruf

Kennen Sie eine Person, die Ihr volles Vertrauen genießt und die Sie als Vertrauensperson benennen möchten? Wenn diese Person Sie im Fall Ihrer Einwilligungsunfähigkeit vertreten und Ihrem in dieser Patientenverfügung festgelegten Willen Geltung verschaffen soll, empfehlen wir Ihnen zusätzlich die Erstellung einer entsprechenden Vorsorgevollmacht. Die dort bevollmächtigte Person sollte mit der hier angegebenen Vertrauensperson übereinstimmen.

Kennen Sie eine Vertrauensperson?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte geben Sie die vollständigen Personalien Ihrer Vertrauensperson an.

Anrede*

Vorname*

Nachname*

Straße*

PLZ*

Ort*

4.1 Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung

Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußelter Wille beachtet und umgesetzt wird.

Soweit ich eine bevollmächtigte Person benannt habe oder für mich eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt ist, erwarte ich, dass diese Person meinem Willen Ausdruck und Geltung verschafft.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind oder auf die meine Festlegungen nicht unmittelbar zutreffen, sollen meine Behandlungswünsche beziehungsweise mein mutmaßlicher Wille gemäß § 1827 Abs. 2 BGB ermittelt werden. Diese Patientenverfügung soll dabei als Ausdruck meiner persönlichen Wünsche und Wertvorstellungen berücksichtigt werden.

Sollten sich die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt und meine bevollmächtigte Person beziehungsweise meine Betreuerin oder mein Betreuer über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen nicht einig sein, soll die weitere Klärung nach den gesetzlichen Bestimmungen erfolgen und, soweit erforderlich, das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

Als Vertrauensperson benenne ich:

Anrede*

Vorname*

Nachname*

Straße*

PLZ*

Ort*

Sollte zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und meiner bevollmächtigten Person beziehungsweise meiner Betreuerin oder meinem Betreuer Uneinigkeit darüber bestehen, welcher Behandlung mein Wille entspricht, soll nach den gesetzlichen Bestimmungen verfahren und, soweit erforderlich, das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

Sollte eine Ärztin, ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen umzusetzen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner bevollmächtigten Person beziehungsweise meiner Betreuerin oder meinem Betreuer erwarte ich, dass die weitere Behandlung so organisiert wird, dass meinem Willen entsprochen wird.

4.2 Widerruf

☐ Ja, mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit formlos widerrufen kann.

4. Weitere Vorsorgedokumente

Sind Sie bereits im Besitz weiterer Vorsorgedokumente?

Betreuungsverfügung

☐ Ich besitze keine Betreuungsverfügung.

☐ Ich besitze eine Betreuungsverfügung. Die darin benannte Betreuerin beziehungsweise der darin benannte Betreuer soll die in dieser Patientenverfügung geäußerten Festlegungen beachten und meinem Willen Ausdruck und Geltung verschaffen.

Vorsorgevollmacht

☐ Ich besitze keine Vorsorgevollmacht.

☐ Ich besitze eine Vorsorgevollmacht.

5. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Patientenverfügung nach eigener Entscheidung und ohne äußeren Druck erstellt habe und mir Inhalt und Bedeutung meiner hierin getroffenen Festlegungen bewusst sind.

Ort, Datum

Unterschrift

5.1 Bestätigung durch eine Zeugin oder einen Zeugen (freiwillig)

Hiermit bestätige ich, dass die Verfasserin beziehungsweise der Verfasser diese Patientenverfügung in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat.

Vorname

Nachname

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zur Patientenverfügung

Bitte drucken Sie die fertig erstellte Patientenverfügung aus und versehen Sie diese mit Ort, Datum und Ihrer eigenhändigen Unterschrift.

Bewahren Sie die unterschriebene Patientenverfügung so auf, dass sie im Bedarfsfall schnell aufgefunden werden kann. Informieren Sie Ihre Vertrauensperson beziehungsweise eine von Ihnen bevollmächtigte Person darüber, wo sich das Original befindet.

Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen.

Eine Vorsorgevollmacht ist für die Wirksamkeit Ihrer Patientenverfügung nicht zwingend erforderlich. Sie kann jedoch sinnvoll sein, damit eine von Ihnen ausgewählte Person Ihre Interessen vertritt und Ihrem in der Patientenverfügung festgelegten Willen Ausdruck und Geltung verschafft.

Bei medizinischen Fragen oder Unklarheiten zu den Folgen einzelner Festlegungen empfehlen wir Ihnen, diese mit einer Ärztin oder einem Arzt zu besprechen.

Rechtliche Hinweise

Dieser Generator erstellt auf Grundlage Ihrer Angaben automatisiert eine Patientenverfügung aus vorgegebenen Textbausteinen.

Die bereitgestellten Informationen und Textbausteine ersetzen keine individuelle rechtliche Beratung durch eine Rechtsanwältin, einen Rechtsanwalt oder eine Notarin beziehungsweise einen Notar. Eine individuelle rechtliche Prüfung Ihrer persönlichen Situation findet im Rahmen der automatisierten Erstellung nicht statt.

Auch eine medizinische Beratung findet durch diesen Generator nicht statt. Bei medizinischen Fragen, insbesondere zu den Auswirkungen der von Ihnen ausgewählten Behandlungswünsche und medizinischen Maßnahmen, wenden Sie sich bitte an eine Ärztin oder einen Arzt.

Haftungshinweis

Die Erstellung der Patientenverfügung erfolgt automatisiert auf Grundlage der von Ihnen vorgenommenen Angaben und ausgewählten Festlegungen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben sowie für die Auswahl der Ihren persönlichen Wünschen entsprechenden Festlegungen sind Sie selbst verantwortlich.

Eine Haftung für Schäden aufgrund von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit, aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, aufgrund ausdrücklich übernommener Garantien sowie in sonstigen Fällen, in denen eine Haftung gesetzlich nicht ausgeschlossen oder beschränkt werden darf, bleibt unberührt.