

Für den Fall, dass ich, _____
(Name, Vorname, Geburtsname)

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

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

**Zutreffendes
habe ich hier
angekreuzt:**

(Sie können zusätzlich die Testpassagen,
die für Sie nicht gelten sollten, streichen)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen sind. Dies gilt für eine 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 und ich habe bei den hier niedergelegten Entscheidungen bedacht, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass aber eine Besserung dieses Zustands äußerst unwahrscheinlich ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich in Folge eines 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vergleichbare, hier ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

Unterschrift

Ort, Datum

Bitte auch diese Seite unterschrieben:

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

Ja Nein

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahme nehme ich in Kauf.

3. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verbiete ich:

- Alle lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Therapien oder Maßnahmen, die nicht ausschließlich die Linderung von Leiden zum Ziel haben. Insbesondere verbiete ich maschinelle Beatmung, künstliche Ernährung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.

- Wiederbelebungsmaßnahmen

- **Insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z.B. Komafälle), verbiete ich künstliche Beatmung sowie jede Art der künstlichen Ernährung und künstliche Flüssigkeitsgabe (sowohl über eine Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder über die Vene) **Solche Maßnahmen sind zu beenden, falls sie bereits eingeleitet wurden.****

- Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine verbotene aktive Sterbehilfe.

Unterschrift

Ort, Datum

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

4. Hinweise zu meiner Patientenverfügung:

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Entscheidungsunfähigkeit eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

Sollte ich meine Patientenverfügung jedoch ganz oder teilweise widerrufen, wenn Situationen eintreten, die ihre Umsetzung verlangen, so muss durch ein Gutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie nachgewiesen sein, dass ich hierzu die notwendige Entscheidungsfähigkeit habe. Bleiben Zweifel, so ist diese Patientenverfügung als mein fortgeltender und damit aktueller Wille zu respektieren und umzusetzen. Auf einen aktuellen Widerruf darf dann nicht abgestellt werden, erst recht nicht, wenn ein solcher Widerruf nur aus einem >>natürlichen Willen<< meinerseits hergeleitet wird.

Sofern in dieser Patientenverfügung oder in einer der Anlage Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Bei der Abfassung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Datum, (Praxis-) Stempel oder Bezeichnung der Einrichtung, Organisation oder Name des Arztes, Unterschrift des Beraters, ggf. zusätzliche Erklärungen des Beraters, zum Beispiel zum Gesundheitszustand der /des Verfüganden bei Erstellung der Patientenverfügung:

Auch wenn keine Beratung erfolgte, sollten Sie hier den Arzt Ihres Vertrauens benennen, damit bei ihm Rücksprache genommen werden kann:

Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist: _____

Anschrift, Telefon, Fax: _____

8.a) Hinweis auf (eine) existierende Vorsorgevollmacht(en):

Ja

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung Vorsorgevollmacht(en) erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den Bevollmächtigten besprochen.

Name: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

8.b) Hinweis für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (alternativ zu a):

Ich habe niemanden Vorsorgevollmacht erteilt und wünsche, dass ein vom Betreuungsgericht für mich bestellter Betreuer meinen Willen, wie er sich aus dieser Patientenverfügung ergibt, Ausdruck verschafft und ihn durchsetzt.

Unterschrift

Ort, Datum

Bitte auch diese Seite unterschrieben:

9. Raum für persönliche Erklärungen:

Diese Patientenverfügung ist nach den § 1827 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggf. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden. Eine Missachtung ist zudem als Körperverletzung strafbar. Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1829 BGB). Wer gegen diese Patientenverfügung verstößt, kann zu Schadensersatz- und Schmerzensgeldzahlung verpflichtet werden (BVerfG vom 7.4.2022, 1 BvR 1187/19).

Unterschrift

Ort, Datum

Bitte auch diese Seite unterschreiben: