

# Patientenverfügung

Stand 17.06.2020

Für den Fall, dass ich, .....,  
 geboren am: .....,  
 wohnhaft in: .....,  
 .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:  
 (Mehrfachnennung möglich)

**1. Die Verfügung ist gültig für den Fall, dass...**

**Ja    Nein**

.... ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

.... ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

.... es mir in Folge einer schweren Gehirnschädigung aller Wahrscheinlichkeit nie mehr möglich sein wird, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und diese anderen Menschen mitzuteilen (z.B. auch durch Gesten). Diese Feststellung sollte durch zwei erfahrene Ärzte getroffen werden. Meine Verfügung gilt für alle Formen von Schädigung des Gehirns (z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder nach Wiederbelebung) und auch dann, wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen (z. B. Wachkoma) die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

.... ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenz- Erkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Sonstiges

.....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

**2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen Situationen sind mir wichtig:**

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 belastenden Beschwerden. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**3. In den unter Punkt 1 beschriebenen Situationen verfüge ich**

Ja Nein

den Verzicht auf jegliche lebensverlängernde oder lebenserhaltende medizinische Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern können,

den Verzicht auf Wiederbelebensmaßnahmen.

**4. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, verfüge ich**

Ja Nein

den Verzicht auf künstliche Ernährung (sowohl über Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke als auch über die Vene),

den Verzicht auf künstliche Flüssigkeitsgabe (bei gleichzeitiger Linderung eines etwaigen Durstgefühls, insbesondere durch intensive Mundpflege oder andere Maßnahmen)<sup>1</sup>.

**5. In den von mir unter Punkt 1 beschriebenen Situationen verfüge ich hinsichtlich einer möglichen Organspende:**

Ja Nein

Sollte ich als Organspender in Betracht kommen, stimme ich einer Organspende zu. Hierbei stimme ich ausdrücklich intensivmedizinischen Maßnahmen zu, die die Organspende ermöglichen.

Falls Ja:

Ja Nein

Für alle Organe und Gewebe.

Ausgenommen sind folgende Organe: .....

Nur für folgende Organe:.....

Über die Organspende soll(en) folgende Person(en) entscheiden:

.....

**6. In den unter 1. beschriebenen Situationen wünsche ich eine Begleitung durch**

Ja Nein

Hospizdienst.....

Seelsorge .....

.....

<sup>1</sup> In den Endzuständen fortgeschrittener Erkrankungen ist eine Linderung des Durstgefühls durch intensive Mundpflege in der Regel besser möglich als mit Hilfe von künstlichen Flüssigkeitsgaben, z.B. über eine Infusion.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt

Ja    Nein

und den Inhalt mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

**Bevollmächtigte(r):**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

**Arzt/Ärztin meines Vertrauens<sup>2</sup>:**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

**Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von<sup>\*</sup>:**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

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

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Folgende Person(en) soll(en) nicht zu Rate gezogen werden:

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

<sup>2</sup> Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein ärztliches Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Einwilligungsunfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Dies gilt auch für handschriftliche Ergänzungen und Streichungen in diesem Formular.

Folgende beigefügte Erläuterungen sind als erklärende Bestandteile dieser Verfügung anzusehen und sollen in Behandlungsentscheidungen Beachtung finden:

Ja Nein

Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen

Ja Nein

Organspendeausweis

Ja Nein

Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand)

Ja Nein

Angaben zu bestehenden Erkrankungen

**Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.**

**Die Festlegungen dieser Patientenverfügung gelten auch über meinen Tod hinaus.**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig - z.B. alle ein bis zwei Jahre - durch Unterschrift zu bestätigen. 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.

**Ich bekräftige die vorstehende Verfügung durch meine erneute Unterschrift:**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

## Vorsorgevollmacht<sup>3</sup>

**WICHTIG!** Die Vollmacht ist nur wirksam, solange der Bevollmächtigte diese Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Ich, .....,

(Vollmachtgeber/in)

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
(Adresse)

**erteile hiermit Vollmacht an**

.....  
(Name, Vorname)

(Bevollmächtigte/r, Vertrauensperson)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Adresse)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten, wie unten angeführt, zu vertreten.**

Ja Nein

**Gesundheitsfürsorge / Pflegebedürftigkeit:**

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen sowie ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB)<sup>4</sup>.

Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. \*\*)

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.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 und 1906 Abs. 3 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

<sup>3</sup> Diese Vorsorgevollmacht wurde in Anlehnung an: Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2009): Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, verfasst.

<sup>4</sup> In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen, wenn nicht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

Ja Nein

 **Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja Nein

 **Post und Fernmeldeverkehr**

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja Nein

 **Behörden**

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

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,
- die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag gegenüber meiner Wohnung wahrnehmen,
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,
- mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen und
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.
- Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

**(WICHTIG: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)**

Ja Nein

 **Untervollmacht**

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten bei urlaubs-, krankheits- oder berufsbedingter Abwesenheit Untervollmacht erteilen.

**Die Verfügungen dieser Vollmacht gelten auch über meinen Tod hinaus.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin

## Betreuungsverfügung<sup>5</sup>

.....  
 (Name, Vorname)

.....  
 (Geburtsdatum)

.....  
 (Adresse)

Falls eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die nachfolgend bezeichnete Vertrauensperson **als Betreuer zu bestellen**:

.....  
 (Name, Vorname)

.....  
 (Geburtsdatum)

.....  
 (Adresse)

**Auf keinen Fall** zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden soll:

.....  
 (Name, Vorname)

.....  
 (Adresse)

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift

<sup>5</sup> Diese Betreuungsverfügung wurde in Anlehnung an: Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2009): Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, verfasst.