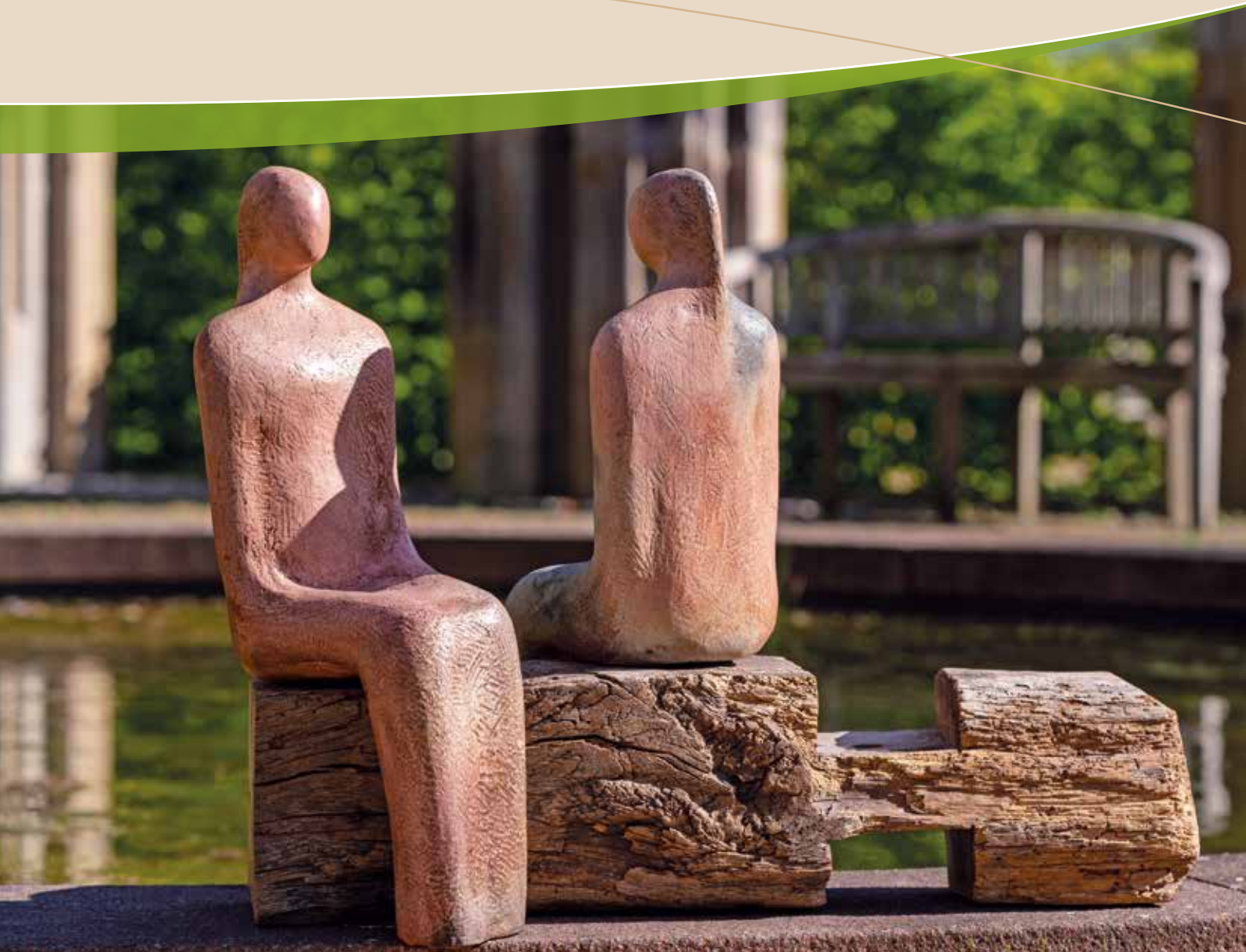


# Patientenverfügung



# EINGANGSFORMEL

Ich,

*Name, Vorname* \_\_\_\_\_

*Geburtsdatum* \_\_\_\_\_

*Geburtsort* \_\_\_\_\_

*Adresse* \_\_\_\_\_

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, Folgendes:

Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll:

Wenn

- 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.
- 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 beispielsweise durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung etwa nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen noch vorhanden sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, beispielsweise bei Demenzerkrankung, auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Bei Bedarf eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---

---

- Vergleichbare Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden, auch wenn sie hier nicht ausdrücklich erwähnt sind.

## FESTLEGUNGEN ZU EINLEITUNG, UMFANG ODER BEENDIGUNG BESTIMMTER ÄRZTLICHER MAßNAHMEN

### LEBENSERHALTENDE MAßNAHMEN

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen über den Mund gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

oder

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

### SCHMERZ- UND SYMPTOMBEHANDLUNG

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber keine bewusstseinstrübenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

oder

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinstrübende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### **KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG UND FLÜSSIGKEITZUFUHR**

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass keine Form der künstlichen Zufuhr von Nahrung (Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, über Blutgefäße) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

oder

dass eine künstliche Ernährung und /oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.

oder

dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

### **WIEDERBELEBUNG**

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass Versuche der Wiederbelebung unterlassen werden.

Versuche der Wiederbelebung.

- dass eine Notärztin /ein Notarzt nicht verständigt wird. Ein /e eventuell eintreffende /r Notärztin /Notarzt ist unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen zu informieren.

### **KÜNSTLICHE BEATMUNG**

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

oder

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

### **DIALYSE (KÜNSTLICHE BLUTWÄSCHE)**

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass keine Dialyse durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

oder

- eine Dialyse, falls dies mein Leben verlängern kann.

### **ANTIBIOTIKA**

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

- keine Antibiotika.

oder

Antibiotika nur zur Beschwerdelinderung im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung.

oder

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

### **BLUT/BLUTBESTANDTEILE**

In den zuvor beschriebenen Situationen wünsche ich,

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Beschwerdelinderung im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung.

oder

die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

## **ORGANSPENDE**

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt).

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/-in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

## ORT DER BEHANDLUNG, BEISTAND

Ich möchte

wenn möglich zu Hause beziehungsweise in vertrauter Umgebung sterben.

oder

wenn möglich in einem Hospiz (im \_\_\_\_\_ )  
oder im Johannes-Hospiz sterben.

oder

in das Krankenhaus \_\_\_\_\_ zum Sterben  
verlegt werden.

Ich wünsche

Beistand durch folgende Personen:

*Name, Vorname* 1. \_\_\_\_\_

*Name, Vorname* 2. \_\_\_\_\_

Beistand durch meine Kirche /Glaubensgemeinschaft:

\_\_\_\_\_

Beistand durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:

\_\_\_\_\_

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

*Name, Vorname* 1. \_\_\_\_\_

*Name, Vorname* 2. \_\_\_\_\_

## SCHLUSSBEMERKUNGEN

Mir ist bekannt, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit widerrufen und ändern kann. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Der in dieser Verfügung geäußerte Wille zu ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von dem gesamten Behandlungsteam befolgt werden. Sollten diese sich nicht in der Lage sehen, meinen beschriebenen Willen so umzusetzen, fordere ich, dass meine medizinische und /oder pflegerische Behandlung andernorts fortgesetzt wird.

In Situationen, die in meiner Patientenverfügung nicht exakt beschrieben sind, soll mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten im Sinne dieser Verfügung ermittelt werden. Ich wünsche, dass mir in einer konkreten Anwendungssituation nicht unterstellt wird, ich hätte meinen Willen geändert. Sollte bei den behandelnden Ärztinnen/Ärzten und Pflegerinnen/Pflegern aufgrund meines Verhaltens (Gesten, Äußerungen ...) der Eindruck einer eventuellen Willensänderung entstehen, so ist auch in diesem Fall möglichst im Konsens aller Beteiligten mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln.

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*



## INFORMATION / BERATUNG

Ich wurde vor der Erstellung dieser Patientenverfügung

*informiert durch:* \_\_\_\_\_

*juristisch beraten durch:* \_\_\_\_\_

## ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG / BESTÄTIGUNG DER EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT

*Hinweis: Eine ärztliche Aufklärung bzw. eine Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit ist keine Pflicht und nur bei Bedarf notwendig.*

Frau/Herr

*Name, Vorname* \_\_\_\_\_

wurde von mir am

*Datum* \_\_\_\_\_

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.  
Sie/Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig\*.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes*

\* Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

## HINWEISE AUF WEITERE VORSORGEVERFÜGUNGEN

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht (für Gesundheitsangelegenheiten) erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

### Bevollmächtigte /r

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt

und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der /dem von mir gewünschten Betreuer/in besprochen.

### Gewünschte /r Betreuerin /Betreuer

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## HINWEIS AUF BEIGEFÜGTE ERLÄUTERUNGEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen
  - Meine spirituelle Verfügung
  - Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:
-

## **IMPRESSUM**

**HERAUSGEBER** Johannes-Hospiz Münster gGmbH  
St. Mauritz-Freiheit 44  
48145 Münster  
  
Telefon 0251 9337626  
info@johannes-hospiz.de  
www.johannes-hospiz.de

**REDAKTION** Ludger Prinz (Geschäftsführer)  
RA Klaus Schoch  
Claudia Bonenkamp (Kordinatorin Ambulanter Hospizdienst)

**GESTALTUNG** Rebecca Schulze

**DRUCK** Druckstudio Düsseldorf

**FOTO** Michael Kestin

**STAND** März 2024