



# BEISPIELHAFTER ENTWURF EINER PATIENTENVERFÜGUNG

Anleitung zur Vorsorge

Situationen – Verfügungen

Wünsche – persönliche Wertvorstellungen

Ärztliches Aufklärungsgespräch



Krankenhäuser  
Landkreis Freudenstadt  
gGmbH



Deutsches  
Rotes  
Kreuz

PFLEGE  
STÜTZPUNKT  
BADEN-WÜRTTEMBERG  
LANDKREIS FREUDENSTADT

Landkreis  
Freudenstadt

# Beispielhafter Entwurf

## Anregung und Textbausteine

Dieser Entwurf (Beteiligte: Rechtsanwalt, Notar, Arzt, Bundesministerium für Justiz) soll nicht als Vordruck wörtlich übernommen werden, sondern er kann als „Anregung“ dienen. Es sollen nur die Textpassagen aufgegriffen und für die eigene Patientenverfügung verwandt werden, die für den Ersteller uneingeschränkt zutreffen. Die Textpassagen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Individuelle Wünsche und Vorstellungen können selbstverständlich eingefügt werden.

**Die Patientenverfügung kann handschriftlich oder maschinell erstellt werden, muss jedoch eigenhändig unterschrieben (Vor- und Zunahme) sowie mit Datum versehen sein.**

Zur Bedeutung einer **Vorsorgevollmacht** (siehe IV.) für die Anwendung einer Patientenverfügung verweisen wir auf die Informationsbroschüre „Betreuungsrecht“ vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz ([www.bmju.de](http://www.bmju.de)).

## Patientenverfügung

*von Frau/Herr*            *Karl Muster*  
*geboren am*             *00.00.0000*  
*wohnhaft in*            *Musterhausen*

### I. Einleitung

**Die folgende Verfügung bedeutet keinen generellen Behandlungsverzicht !!!**

Nachdem ich mich über die medizinische und rechtliche Bedeutung einer Patientenverfügung ausführlich informiert habe, erkläre ich im Bewusstsein der Bedeutung und Tragweite der Verfügung nachfolgend meinen Patientenwillen als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Ich wünsche nicht, dass in der akuten Situation eine Änderung meines nachfolgend bekundeten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

**Wenn ich noch selbst entscheidungsfähig bin, ist selbstverständlich mein aktuell geäußerter Wille vorrangig gegenüber der Patientenverfügung.**

In akuten Erkrankungssituationen wünsche ich, sofern von mir nicht anders vermerkt, zunächst lebenserhaltende Therapie, damit eine sorgfältige Entscheidungsfindung gemeinsam mit meinem Bevollmächtigten oder Betreuer anhand der nachfolgenden Kriterien (s. II. und III.) erfolgen kann.

## II. Beispielhafte Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich im **Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit** befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist  
(zum Beispiel: weit fortgeschrittene Krebserkrankung),

oder wenn

- in Folge einer **schweren Gehirnschädigung** meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist  
(zum Beispiel: nach schwerem Schlaganfall, nach Hirnverletzung durch Unfall, nach Wiederbelebung, bei sogenanntem „Wachkoma“),

oder wenn

- ich in Folge eines weit **fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses** auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen  
(zum Beispiel: Alzheimer-Demenzerkrankung),

oder wenn

- ich mich im unmittelbaren **Sterbeprozess** befinde,

oder wenn

- (Darstellung **konkreter eigener Erkrankungen**,  
zum Beispiel: schwere Herz-, Lungen- oder Nervenerkrankung),

dann wünsche ich, dass lebensverlängernde Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden, unterlassen werden.

(Genauerer siehe unter: III. Verfügungen)

### III. Verfügungen zu Zustimmung oder Ablehnung von therapeutischen Maßnahmen

In den vorstehend (unter II.) beschriebenen Situationen sollen **Hunger und Durst**, soweit das möglich ist und von mir nicht nachhaltig abgelehnt wird, auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe pflegender Personen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

**Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten** zur Vermeidung des Durstgefühls.

Ferner wünsche ich menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

In den vorstehend beschriebenen Situationen erwarte und verlange ich **fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung** ohne Trübung meines Bewusstseins. Nur dann, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle nicht zum Erfolg führen, möchte ich bewusstseinsdämpfende Mittel und gegebenenfalls ungewollte Verkürzung meiner Lebenszeit zur Beschwerdelinderung in Kauf nehmen.

---

In den vorstehend beschriebenen Situationen wünsche ich, dass **keine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsgabe** erfolgt, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung.

In den vorstehend beschriebenen Situationen sollen **keine Wiederbelebungsversuche** (Reanimation) durchgeführt werden.

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

In den vorstehend beschriebenen Situationen wünsche ich, dass **keine Dialyse** durchgeführt beziehungsweise eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Ich wünsche **keine künstliche Beatmung** beziehungsweise das Beenden einer schon eingeleiteten Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.

In den vorstehend beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika oder die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist **mein mutmaßlicher Wille** möglichst im Konsens der Beteiligten (Bevollmächtigter oder Betreuer, behandelnder Arzt, Hausarzt, Pflegeperson) zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

**Ich wünsche, dass zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens möglichst folgende mir nahe stehende Person zusätzlich befragt wird:**

(Name, Anschrift, Telefon)

**Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem Bevollmächtigten (siehe: IV. Vorsorgevollmacht).**

## IV. Vorsorgevollmacht

In einer gesonderten Vorsorgevollmacht ist von mir eine Person auch für den Bereich der Gesundheitsfürsorge umfassend bevollmächtigt worden. Meinem Bevollmächtigten gegenüber sind die Ärzte von der Schweigepflicht entbunden. Mein Bevollmächtigter ist befugt, mit den Ärzten alles meine Situation Betreffende zu besprechen und beauftragt, alle rechtlichen Mittel gegenüber den mich behandelnden Ärzten in Anspruch zu nehmen, um meinen oben dargelegten Willen durchzusetzen. Dies gilt insbesondere für Einwilligung in oder Ablehnung von medizinischen/pflegerischen Maßnahmen, in deren Folge länger andauernder schwerer gesundheitlicher Schaden oder mein Tod eintreten können.

Der von mir Bevollmächtigte ist:

Name, Anschrift, Telefon

Die Vorsorgevollmacht ist hinterlegt:

## V. Wertvorstellungen und weitere Wünsche

Zum besseren Verständnis meines mutmaßlichen Willens habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner persönlichen Wertvorstellungen (s. Anhang)
- Weitere Wünsche (s. Anhang)

## VI. Obduktion

Mit einer Obduktion, die nur der Befundklärung dient, bin ich einverstanden.

## VII. Organspende

Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe und Gewebe bereit.

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

....., .....

Ort	Datum	Unterschrift (Vor- und Nachname)
-----	-------	----------------------------------

## Ärztliches Aufklärungsgespräch

Frau/Herr ..... wurde in einem eingehenden Gespräch über die Bedeutung und die Tragweite ihrer/seiner Patientenverfügung unterrichtet, ihre/seine Fragen hierzu wurden beantwortet. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

....., .....  
Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

## Aktualisierung der Patientenverfügung

Eine Aktualisierung der Patientenverfügung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, empfiehlt sich jedoch im eigenen Interesse und als Hilfe für Dritte:

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang (oder: mit folgenden Änderungen: ...).

.....  
Datum Unterschrift

.....  
Datum Unterschrift

.....  
Datum Unterschrift

## **Anhang**

### **zum beispielhaften Entwurf einer Patientenverfügung**

#### **Zu meinen persönlichen Wertvorstellungen, Beispiel**

Ich bin 75 Jahre alt und mit meinem bisherigen Leben sehr zufrieden. Von schweren Krankheiten blieb ich glücklicherweise verschont, einen Beinbruch und einen kleineren Herzinfarkt habe ich gut verkraftet. Vor fünf Jahren habe ich zum zweiten Mal geheiratet, nachdem meine erste Frau vor elf Jahren verstorben ist. Zu meinen drei erwachsenen Kindern stehe ich in regelmäßigem und gutem Kontakt.

Mir war es immer ein Anliegen, bei guter Gesundheit möglichst alt zu werden. Deshalb achte ich auf ausreichende Bewegung und gesunde Ernährung. Meine Ängste vor dem Sterben haben nachgelassen, seitdem ich mich häufiger mit diesem Thema beschäftigt und mit nahestehenden Menschen darüber ausgetauscht habe.

Wenn ich auf pflegerische Hilfe angewiesen sein sollte, weiß ich, dass meine Familie dies nicht als unzumutbare Belastung empfinden würde. Somit könnte ich auch bei schweren körperlichen Einschränkungen die Pflege durch meine Angehörigen gemeinsam mit einem Pflegedienst gut ertragen.

Für den Fall, dass ich dauerhaft völlig verwirrt wäre, wie ich das bei meinem Nachbarn mit schwerer Alzheimer-Demenz derzeit täglich miterlebe, wünsche ich jedoch keine lebensverlängernden Maßnahmen wie beispielsweise künstliche Ernährung.

#### **Weitere Wünsche**

- Ich möchte, wenn möglich, zu Hause / im Pflegeheim ... / im Hospiz versorgt werden.
- Ich wünsche geistlichen Beistand durch ... .
- Ich verfüge zum Ablauf meiner Bestattung: ... .
- Weitere Wünsche / Abneigungen, die, wenn möglich, Beachtung finden sollen: ...

