

# Patientenverfügung

Ich

\_\_\_\_\_

(Name)

\_\_\_\_\_

(Vorname)

geboren am

\_\_\_\_\_

wohnhaft :

\_\_\_\_\_

errichte hiermit eine Patientenverfügung.

## 1. Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Lebensende

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Bestimmung des Anwendungszeitpunkts

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgenden Fall:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn ich infolge einer 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 Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen oder fortgeschrittene Hirnabbauprozesse 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.
- Wenn ich infolge eines weit 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.

Eigene Beschreibung für Anwendungssituationen:

---

---

---

---

### 3. Einzelne Verfügungen zu den medizinischen Maßnahmen

In allen oben beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich

das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Die medizinische Behandlung soll sich auf die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome beschränken.

**oder**

dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber keine Bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen.

**oder**

Bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

dass Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich möchte keine künstliche Ernährung.

**oder**

dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Wege auch mit Unterstützung nicht mehr möglich ist.

die Unterlassung einer anhaltenden künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

**oder**

eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, wenn die Flüssigkeitsaufnahme auf natürlichem Wege nicht mehr möglich ist.

die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

**oder**

in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein herbeigerufener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

keine künstliche Beatmung, 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 diese mein Leben verlängert.

keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.

**oder**

die Gabe von Antibiotika.

keine Bluttransfusion.

**oder**

eine Bluttransfusion oder Dialyse (Blutwäsche), falls dies mein Leben verlängert.

dass keine Dialyse (Blutwäsche) durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

**4. Organspende**

Ich gestatte keine Organ- oder Gewebentnahme.

**oder**

Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.  
 Ich besitze einen persönlichen Organspendeausweis.

Persönliche Ergänzungen zu gewollten oder abgelehnten Maßnahmen (z.B. zur weiteren Behandlung schon bestehender Erkrankungen, Gabe von Medikamenten, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

## 5. Aufenthaltsort und persönlicher Beistand

Ich möchte

- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.
- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

Ich wünsche

- Beistand durch folgende Person/en:

---

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

- hospizlichen Beistand.

## 6. Durchsetzung des hier niedergelegten Willens durch eine bevollmächtigte Person

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Ich wünsche, dass eine von mir bevollmächtigte Person für dessen Durchsetzung Sorge trägt.

- Ich habe deshalb im Anschluss an diese Verfügung eine Vollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.
- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt. Die darin mit der Gesundheitsorge betraute Person soll mich auch im Hinblick auf die Patientenverfügung vertreten. Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.
- Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl eines Betreuers erstellt. Dieser soll auch für die Durchsetzung der Patientenverfügung sorgen.

gewünschte/r Betreuer/in:

**Name:** \_\_\_\_\_

**wohnhaf:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

## 7. Abschließende Erklärung zur Verbindlichkeit

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dazu soll diese Verfügung maßgeblich sein.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Verfügenden**

Raum für amtliche Beglaubigung der Unterschrift des Verfügenden

### Bestätigung eines Zeugen/Arztes:

Name des Zeugen/Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ die

Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte errichtet hat.

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

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

**Verlängerung der Verfügung umseitig!**

**Verlängerung der Patientenverfügung (mind. alle zwei Jahre)**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ weiterhin Gültigkeit haben soll.

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Vollmacht zur Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bevollmächtige ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

**Name** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_

**wohnhafte:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

## Vertretung in medizinischen Fragen

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin absprechen. Dabei soll die bevollmächtigte Person Sorge tragen, dass meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung niedergelegt habe, berücksichtigt werden.

Insbesondere darf sie in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder deren Abbruch bestimmen, auch wenn ich dadurch sterben oder einen schweren gesundheitlichen Schaden erleiden könnte.

**Eingriffe, die mit der Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sind, bedürfen der Genehmigung des zuständigen Amtsgerichts (§ 1904 BGB).**

Die bevollmächtigte Person darf meine Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Gegenüber der bevollmächtigten Person entbinde ich hiermit alle mich behandelnden Ärzte und das nichtärztliche Personal von der Schweigepflicht.

## Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen

Die bevollmächtigte Person darf zudem über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Beckengurte, sedierende Medikamente) entscheiden und die Unterbringung im Sinne des § 1906 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) veranlassen.

**Maßnahmen, die mit dem Entzug der persönlichen Freiheit verbunden sind, bedürfen der Genehmigung des zuständigen Amtsgerichts.**

## Ersatzbevollmächtigung

Sollte die bevollmächtigte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich an deren Stelle

**Name:** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_

**wohnhafte:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfügenden

**Bestätigung des/r Bevollmächtigten umseitig!**

## Bestätigung der bevollmächtigten Personen

### 1. Bevollmächtigte(r)

Ich kenne den Inhalt der Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ und der Vollmacht vom \_\_\_\_\_ und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

Name: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift

### 2. Ersatzbevollmächtigte(r)

Ich kenne den Inhalt der Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ und der Vollmacht vom \_\_\_\_\_ und bin bereit, die Ersatzbevollmächtigung anzunehmen.

Name: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift



## **BGB (auszugsweise)**

### **§ 1901a Patientenverfügung**

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

### **§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens**

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend



# Merkblatt zur Patientenverfügung

Lesen Sie bitte diese Information und die Patientenverfügung aufmerksam durch. Rechtlich ist noch nicht abschließend geklärt, unter welchen Voraussetzungen eine Patientenverfügung tatsächlich berücksichtigt werden muss, in der Regel wird sie jedoch in vollem Umfang anerkannt, insbesondere wenn sie handschriftlich verfasst wurde, oder der individuelle Wille klar hervorgeht.

**Verfassen Sie die Patientenverfügung daher so eindeutig, dass Ihr persönlicher Wille erkennbar ist und die Gewissheit besteht, dass Sie sich mit dem Thema ausführlich beschäftigt haben.**

Mit der Patientenverfügung erklären Sie in schriftlicher Form dem behandelnden Arzt gegenüber Ihren Willen bezüglich jeglicher medizinischer Behandlung für den Fall, dass Sie sich bei einer aussichtslosen Erkrankung oder in der letzten Lebensphase nicht mehr selbst äußern können.

Erkundigen Sie sich vorab genau über heutige Methoden der Intensivmedizin, künstlichen Ernährung, Beatmung, Organspende und so weiter.

Es empfiehlt sich, in einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung auf Ihre Patientenverfügung hinzuweisen. Falls Sie eine Person zur Durchsetzung Ihrer Patientenverfügung bevollmächtigen, sollten Sie den genauen Inhalt und den Aufbewahrungsort der Verfügung mit dieser Person besprechen und dies mit Unterschriften kenntlich machen.

Die Aufbewahrung kann z.B. zu Hause, bei Angehörigen, Freunden oder beim Arzt erfolgen. Wichtig ist, dass Sie möglichst viele Kopien davon bei verschiedenen Stellen oder Personen hinterlegen und einen Hinweis darauf möglichst immer bei sich tragen (Muster zum Ausschneiden im Anhang).

Die Patientenverfügung sollte mindestens alle zwei Jahre von Ihnen daraufhin überprüft werden, ob Sie mit dem Inhalt noch einverstanden sind. Informieren Sie über eventuelle Änderungen alle, die von dieser Verfügung Kenntnis haben.

Weitere Muster für Patientenverfügungen sind auch erhältlich über die Wohlfahrtsverbände, Ärzte, sonstige Institutionen oder das Internet.

**Ich habe eine Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung erteilt**

(bitte Nichtzutreffendes streichen)

\_\_\_\_\_  
**Name/Vorname**

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

**Im Notfall verständigen:**

\_\_\_\_\_  
**Name/Vorname**

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

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

**Folgende Ansprechpartner stehen Ihnen für weitere Informationen oder eine Beratung zur Verfügung:**

Betreuungsverein der Arbeiterwohlfahrt  
Christian-Heibel-Str. 52  
56422 Wirges  
Telefon: 02602 / 1066510  
Email: [AWO@awo-westerwald-betreuung.de](mailto:AWO@awo-westerwald-betreuung.de)

Betreuungsvereinigung der Caritas  
Philipp-Gehling-Str. 4  
56410 Montabaur  
Telefon: 02602 / 16 06 36  
Email: [betreuungsvereinigung@cv-ww-rl.de](mailto:betreuungsvereinigung@cv-ww-rl.de)

Betreuungsverein der Diakonie  
Hergenrother Str. 2a  
56457 Westerbürg  
Telefon: 02663 / 94 30-0 od. 94 30 44  
Email: [u.sauer@betreuungsverein-westerwald.de](mailto:u.sauer@betreuungsverein-westerwald.de)  
Lotsendienst Betreuungen e.V.  
Bleichstr. 3  
56462 Höhn  
Telefon: 02661 / 2 01 91  
Email: [kontakt@lotsendienst.info](mailto:kontakt@lotsendienst.info)

Kreisverwaltung des Westerwaldkreises/Betreuungsbehörde  
Peter-Altmeier-Platz 1  
56410 Montabaur  
Telefon: 02602 / 124-346, 124-343 oder 124-341  
Email: [Oliver.Holzenthal@westerwaldkreis.de](mailto:Oliver.Holzenthal@westerwaldkreis.de)  
[Evi.Hill@westerwaldkreis.de](mailto:Evi.Hill@westerwaldkreis.de)  
[Robert.Schaaf@westerwaldkreis.de](mailto:Robert.Schaaf@westerwaldkreis.de)

Hospizverein Westerwald e.V.  
Beratungs- und Geschäftsstelle  
Dillstr. 12  
56410 Montabaur  
Telefon: 02602 / 916 916  
Email: [hospiz-ww@t-online.de](mailto:hospiz-ww@t-online.de)