

Patientenverfügung

01 | Persönliche Angaben und Anwendung

Für den Fall, dass ich meinen Willen zu einer medizinischen Entscheidung nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, lege ich als einwilligungsfähige volljährige Person Folgendes fest.

1. Meine Person

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Erkrankungen, Diagnosen, Allergien oder sonstige wichtige medizinische Angaben

2. So werden meine Festlegungen gelesen

Auf Seite 2 wähle ich die Behandlungssituationen aus. Meine Entscheidungen auf den Seiten 3 und 4 gelten für jede dort angekreuzte Situation, soweit ich keine konkrete Ausnahme festhalte. Außerhalb dieser Situationen ist daraus keine pauschale Ablehnung einer Behandlung abzuleiten.

Runde Auswahlfelder lassen je Frage nur eine Antwort zu; eckige Kästchen können unabhängig markiert werden. Es ist nichts vorausgewählt. Eine leere Auswahl enthält keine Festlegung. Widersprüche vor Unterzeichnung klären. Datumsfelder im Format TT.MM.JJJJ ausfüllen.

Meine aktuellen, einwilligungsfähig geäußerten Entscheidungen gehen dieser Verfügung vor. Ich kann sie jederzeit formlos widerrufen. Passt sie nicht zur konkreten Situation, sind meine Behandlungswünsche und mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln (§ 1827 BGB).

3. Meine Werte als Auslegungshilfe

Was mir Lebensqualität bedeutet / persönliche, religiöse oder weltanschauliche Wünsche

Diese Angaben helfen bei der Auslegung; sie ersetzen keine konkrete Auswahl von Situation und Maßnahme.

Patientenverfügung

02 | Konkrete Behandlungssituationen

4. In diesen Situationen sollen meine Festlegungen gelten

Eine oder mehrere Situationen auswählen. Voraussetzung ist jeweils, dass ich die anstehende Behandlungsentscheidung nicht selbst treffen kann. Der konkrete Zustand und die Prognose sollen ärztlich sorgfältig festgestellt und dokumentiert werden.

- ☐ A - Ich befinde mich im unmittelbaren Sterbeprozess; der Tod ist nach ärztlicher Einschätzung in naher Zeit zu erwarten.
- ☐ B - Eine unheilbare, tödlich verlaufende Erkrankung ist in ihr Endstadium eingetreten, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ C - Nach schwerer Hirnschädigung, etwa durch Unfall, Schlaganfall oder Sauerstoffmangel, sind meine Fähigkeit zu bewusster Wahrnehmung, Kommunikation und eigenen Entscheidungen aller Wahrscheinlichkeit nach dauerhaft erloschen. Zwei erfahrene Ärztinnen oder Ärzte sollen diese Prognose unabhängig bestätigen. Eine bloß vorübergehende Bewusstlosigkeit genügt nicht.
- ☐ D - Bei weit fortgeschrittener, nicht rückbildungsfähiger Hirnerkrankung (z. B. Demenz) kann ich Nahrung und Flüssigkeit trotz geduldiger Hilfe nicht mehr auf natürliche Weise aufnehmen. Die Erkrankung und dieser Zustand sind nach ärztlicher Einschätzung dauerhaft.
- ☐ E - Die folgende, von mir konkret beschriebene zusätzliche Situation liegt vor:

Situation E: Diagnose / Zustand / Prognose / Kriterien möglichst genau beschreiben

5. Abweichende Wünsche für einzelne Situationen

Situation (A-E) + betroffene Maßnahme + eindeutige abweichende Entscheidung

Falls diese Fläche nicht ausreicht: ein datiertes und unterschriebenes Ergänzungsblatt mit eindeutiger Zuordnung beifügen und auf Seite 7 benennen. Eine bloße Diagnose ohne Beschreibung des Zustands kann zu unklar sein.



Patientenverfügung

03 | Behandlungsziele und Basisversorgung

Die folgenden Entscheidungen gelten in allen auf Seite 2 ausgewählten Situationen; ausdrücklich dort festgehaltene Ausnahmen gehen vor.

6. Lebenserhaltende Behandlung

Mein übergeordnetes Behandlungsziel (eine Auswahl):

- ☐ Medizinisch angezeigte Behandlung zur Lebenserhaltung wünsche ich, soweit ich einzelne Maßnahmen nicht ausdrücklich ablehne.
- ☐ Ich wünsche eine Behandlung mit dem Ziel der Linderung. Maßnahmen, die allein das Sterben verlängern, sollen unterbleiben oder beendet werden; die folgenden Einzelentscheidungen sind maßgeblich.

Unabhängig davon wünsche ich menschliche Zuwendung, angemessene Körper- und Mundpflege, Linderung von Atemnot, Angst, Übelkeit und anderen Beschwerden sowie das Angebot von Essen und Trinken auf natürlichem Weg, soweit ich dies annehmen kann und möchte.

7. Schmerz- und Symptomlinderung

Bei belastenden Beschwerden wünsche ich (eine Auswahl):

- ☐ Wirksame Linderung mit möglichst erhaltenem Bewusstsein. Wenn Beschwerden anders nicht beherrschbar sind, akzeptiere ich notwendige bewusstseinsdämpfende Behandlung und eine unbeabsichtigte mögliche Lebensverkürzung.
- ☐ Wirksame Linderung; vor bewusstseinsdämpfenden Maßnahmen sind meine nachstehenden besonderen Grenzen zu beachten.

Besondere Grenzen / Wünsche zur palliativen Behandlung

8. Künstliche Ernährung

Ernährung über Sonde (auch PEG) oder über die Vene (eine Auswahl):

- ☐ Ich wünsche sie, soweit sie medizinisch angezeigt ist.
- ☐ Ich lehne sie ab; eine bereits begonnene künstliche Ernährung soll beendet werden.
- ☐ Ich wünsche sie ausschließlich, wenn sie der Linderung von Beschwerden dient.

9. Künstliche Flüssigkeitszufuhr

Flüssigkeit über Sonde, Infusion oder unter die Haut (eine Auswahl):

- ☐ Ich wünsche sie, soweit sie medizinisch angezeigt ist.
- ☐ Ich lehne sie ab; eine bereits begonnene künstliche Zufuhr soll beendet werden.
- ☐ Ich wünsche sie ausschließlich, wenn sie der Linderung von Beschwerden dient.



Patientenverfügung

04 | Einzelne medizinische Maßnahmen

Gültig in den auf Seite 2 ausgewählten Situationen. „Ablehnen“ umfasst auch die Beendigung einer bereits begonnenen Maßnahme. Außerhalb dieser Situationen wird hiermit keine Festlegung getroffen.

10. Wiederbelebung

Bei Herz-Kreislauf-Stillstand (eine Auswahl):

- ☐ Ich wünsche medizinisch angezeigte Wiederbelebungsversuche.
- ☐ Ich lehne Wiederbelebungsversuche ab (z. B. Herzdruckmassage, Defibrillation).

11. Beatmung

Maschinelle Beatmung, invasiv oder nicht invasiv (eine Auswahl):

- ☐ Ich wünsche sie, soweit sie medizinisch angezeigt ist.
- ☐ Ich lehne sie ab; Atemnot soll palliativ gelindert werden.
- ☐ Ich wünsche sie nur zur Linderung von Atemnot, ohne vorrangiges Ziel der Lebensverlängerung.

12. Dialyse

Nierenersatzbehandlung (eine Auswahl):

- ☐ Ich wünsche sie, soweit sie medizinisch angezeigt ist.
- ☐ Ich lehne sie ab.

13. Antibiotika

Behandlung bakterieller Infektionen (eine Auswahl):

- ☐ Ich wünsche sie, soweit sie medizinisch angezeigt ist.
- ☐ Ich lehne sie ab.
- ☐ Ich wünsche sie ausschließlich zur Linderung von Beschwerden.

14. Blut und Blutprodukte

Transfusionen und Blutprodukte (eine Auswahl):

- ☐ Ich wünsche sie, soweit sie medizinisch angezeigt sind.
- ☐ Ich lehne sie ab.
- ☐ Ich wünsche sie ausschließlich zur Linderung von Beschwerden.

Bei erwartbaren Notfällen diese Wünsche mit der behandelnden Praxis besprechen; gegebenenfalls einen gesonderten ärztlichen Notfallbogen erstellen. Die Verfügung muss im Bedarfsfall auffindbar sein.

Patientenverfügung

05 | Begleitung, Sterbeort und Organspende

15. Gewünschter Ort und Begleitung

Wenn möglich möchte ich meine letzte Lebensphase verbringen (eine Auswahl):

- ☐ In meiner vertrauten häuslichen Umgebung.
- ☐ In einem Hospiz oder auf einer Palliativstation.
- ☐ In meiner Pflegeeinrichtung.
- ☐ An dem nachstehend benannten Ort.

Konkreter Ort / Einrichtung / Alternativen

Gewünschte Begleitung / Seelsorge / Personen, die benachrichtigt werden sollen

16. Organ- und Gewebespende

Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende (eine Auswahl):

- ☐ Ich verweise auf meine gesonderte Erklärung im Register / Organspendeausweis.
- ☐ Ich stimme der Organ- und Gewebespende nach meinem Tod zu.
- ☐ Ich lehne die Organ- und Gewebespende ab.
- ☐ Ich treffe hierzu mit diesem Formular keine Entscheidung.

Datum / Aufbewahrungsort der Erklärung / Einschränkungen auf bestimmte Organe

Nur bei Zustimmung zur Spende: Wenn hierfür vorübergehend Maßnahmen nötig sind, die meinen übrigen Festlegungen widersprechen (eine Auswahl):

- ☐ Die Organspende hat insoweit Vorrang. Ich gestatte die hierfür notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Feststellung des Todes und bis zur Organentnahme.
- ☐ Meine übrigen Behandlungsbegrenzungen haben Vorrang, auch wenn dadurch eine Spende unmöglich wird.

Weitere Grenzen / zeitlicher Rahmen / ergänzende Wünsche

Bestehende Erklärungen zur Spende auf Übereinstimmung prüfen. Die gesetzlichen Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme bleiben unberührt.

Patientenverfügung

06 | Vertrauenspersonen und ärztliche Aufklärung

17. Vertrauensperson

Vor- und Nachname

Telefon / Mobil

Anschrift / E-Mail

☐ Diese Person ist durch eine gesonderte Vorsorgevollmacht zur Vertretung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt.

18. Ersatzvertrauensperson

Vor- und Nachname

Telefon / Mobil

☐ Diese Person ist durch eine gesonderte Vorsorgevollmacht ersatzweise zur Vertretung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt.

Die Benennung als Vertrauensperson allein erteilt keine Vertretungsmacht. Ich wünsche ihre Einbeziehung in Gespräche über meinen Willen.

Schweigepflichtentbindung gegenüber diesen Vertrauenspersonen (eine Auswahl):

- ☐ Ich entbinde Behandelnde von der Schweigepflicht und gestatte Einsicht in relevante Krankenunterlagen zur Klärung und Umsetzung meines Willens.
- ☐ Ich erteile hier keine Schweigepflichtentbindung.

19. Ärztliche Aufklärung (freiwillig)

Beratung zu Bedeutung, Folgen und möglichen Widersprüchen (eine Auswahl):

- ☐ Ich habe ein ärztliches Aufklärungsgespräch geführt; Angaben siehe unten.
- ☐ Ich habe bisher kein ärztliches Aufklärungsgespräch geführt.

Name der Ärztin / des Arztes

Gesprächsdatum

Praxis / Kontakt / besprochene Besonderheiten

Optionale Bestätigung der Ärztin / des Arztes: Gespräch geführt (handschriftlich)

Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber keine allgemeine Wirksamkeitsvoraussetzung. Die Verantwortung für die ausgewählten Festlegungen verbleibt bei mir.

Patientenverfügung

07 | Unterschrift, Aktualisierung und Aufbewahrung

20. Meine Erklärung

Ich habe alle sieben Seiten und meine Auswahl geprüft und die Folgen bedacht. Ich errichte diese Verfügung freiwillig. Leere Felder enthalten keine Festlegung. Zugehörige Anlagen benenne ich hier eindeutig.

Anlagen (Titel, Datum, Seitenzahl; falls keine: „keine“)

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Eigenhändige Unterschrift der verfügenden Person (handschriftlich)

21. Zeugin / Zeuge (optional)

Zeugin / Zeuge: Name, Kontakt, Ort und Datum

Ich bestätige die in meiner Gegenwart geleistete oder anerkannte Unterschrift.

Unterschrift Zeugin / Zeuge (handschriftlich)

22. Aktualisierungsbestätigung (freiwillig)

Ich habe meine Festlegungen erneut geprüft. Sie entsprechen weiterhin meinem Willen. Inhaltliche Änderungen nehme ich eindeutig datiert und unterschrieben vor.

Ort

Prüfdatum (TT.MM.JJJJ)

Erneute eigenhändige Unterschrift (handschriftlich)

23. Aufbewahrung und Anwendung

Aufbewahrungsort / informierte Personen / Datum der zugehörigen Vorsorgevollmacht

Am Rechner ausfüllen und speichern, anschließend vollständig ausdrucken und eigenhändig unterschreiben. Ein eingetippter Name ersetzt diese Unterschrift nicht. Eine notarielle Beurkundung oder Zeugen sind grundsätzlich nicht erforderlich. Eine regelmäßige Bestätigung ist sinnvoll, aber keine gesetzliche Pflicht. Kopien an Vertrauenspersonen und behandelnde Praxis geben; eine Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister ist möglich.

Individuell auszufüllende Vorlage; keine Rechts- oder ärztliche Beratung. CL Capital Living GmbH ist hier ausschließlich Branding und keine Beglaubigung. Rechtsgrundlage: § 1827 BGB, [gesetzte-im-internet.de/bgb/_1827.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1827.html). Weitere Orientierung: BMJV, Patientenverfügung, [bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html](https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html).