# Patientenverfügung

von

| Vorname | Nachname | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... |

| Straße | Haus-Nr. |
|---|---|
| ..... | ..... |

| PLZ | Wohnort | Telefon |
|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... |

## 1. Motivation für das Verfassen dieser Patientenverfügung – meine Wünsche, Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr verständlich äußern kann, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich nach meinen Verfügungen und Werten richten. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen, noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

**Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben, ggf. aktuell bekannte Erkrankungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Situationen, in denen die Patientenverfügung gelten soll

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und

☐ ich mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

☐ ich mich im Endstadium eines unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheitsprozesses befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

© 2023 R&R Vivendi GbR, Ochtruper Str. 34 A, 48455 Bad Bentheim | https://patientenverfuegung-ausweis.de

☐ 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.

☐ mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolge dessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

☐ .....

.....

.....

.....

.....

.....

(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll. Es sollen dabei aber nur Situationen beschrieben werden, die mit fehlender Einwilligungsfähigkeit einhergehen können.)

## 3. Festlegung zur Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

**Bei allen „Oder“-Feldern wird immer nur ein Feld markiert!**

**In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,**

☐ dass alle medizinisch indizierten Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 3.1 bis 3.9 bezeichneten Bestimmungen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

**oder**

☐ dass lebenserhaltende Maßnahmen nach Maßgabe der unter Punkt 3.1 bis 3.9 bezeichneten Bestimmungen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

.....

**3.1 Schmerz- und Symptombehandlung**

In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

☐ aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung, da eine bewusste Beziehung zu meiner Umwelt für mich Vorrang hat.

**oder**

☐ sowie den Einsatz von bewusstseinsdämpfenden Mitteln, wenn alle sonstigen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

.....

**3.2 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**
In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,

☐ dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung, z.B. über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene (außer zur Beschwerdelinderung).

☐ dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

☐ die Unterlassung bzw. Einstellung einer bereits eingeleiteten künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung).

Eine medizinische Basisbetreuung, die allen Patienten zusteht, umfasst bei Sterbenden u.a. eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.

.....

**3.3 Künstliche Beatmung**
In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,

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

**oder**

☐ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

.....

**3.4 Dialyse**
In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,

☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

.....

**3.5 Antibiotika**
In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,

☐ Antibiotika, als zulässig, falls dies mein Leben verlängern kann.

**oder**

☐ dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird (außer zur Beschwerdelinderung).

.....

**3.6 Blutersatzprodukte**

In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,

☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen zu erlauben, falls dies mein Leben verlängert.

**oder**

☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen zu gestatten.

.....

**3.7 Kreislaufstabilisierende Medikamente**

In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,

☐ die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten zu erlauben, falls dies mein Leben verlängert.

**oder**

☐ keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten zu gestatten.

.....

**3.8 Wiederbelebende Maßnahmen**

In den unter 2. beschriebenen Situationen bestimme ich,

☐ in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung, falls dies mein Leben verlängert.

**oder**

☐ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

.....

**3.9 Organspende**

☐ Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme der von mir bestimmten Organe* nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

*(* diese sollten im Organspendeausweis benannt sein!)*

**oder**

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

*(Wenn Sie sich gegen eine Organspende entschieden haben, ignorieren Sie bitte den nachfolgenden Absatz.)*

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Dafür lasse ich zeitlich begrenzt (10 Stunden bis höchstens 2 Tage) intensivmedizinische Maßnahmen zu.

**oder**

☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

.....

## 4. Aufenthalt und Begleitung

In den unter 2. beschriebenen Situationen möchte ich,

☐ wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.

☐ wenn möglich in ein Hospiz verlegt werden.

☐ wenn möglich in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden.

☐ ins Krankenhaus verlegt werden.

☐ wenn möglich die Betreuung durch ein Palliativteam erhalten.

☐ von folgender Person/ folgenden Personen begleitet werden:

.....

.....

.....

☐ seelsorgliche Begleitung erhalten.

☐ das Sakrament der Krankensalbung empfangen.

**Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:**

.....

.....

.....

## 5. Verbindlichkeit, Anhörungsverfahren und Widerruf

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, sind meine Behandlungswünsche und/ oder mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1827 Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

☐ Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll der folgenden Person Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist:

Vorname: .....

Name: .....

Str. + Nr. .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: .....

Folgende Person/en soll/en **nicht** angehört werden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ Im Falle, dass die/ der behandelnde Ärztin/ Arzt und mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meine Behandlungswünsche oder meinen mutmaßlichen Willen nicht einig sind, erwarte ich von meiner/meinem Bevollmächtigten bzw. meiner/meinem Betreuer/in, dass sie/er das Betreuungsgericht einschaltet.

☐ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich **nicht**, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Behandlungsteam /mein/e Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in aufgrund meiner eindeutigen Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

**oder**

☐ Ich wünsche **nicht**, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

☐ Sollte eine Ärztin/ ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/ meinem Bevollmächtigten bzw. meiner/ meinem Betreuer/in erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

**Hinweis auf Vorsorgevollmacht/ Betreuungsverfügung**

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit der/ dem/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. Ich habe folgende Person bevollmächtigt:

Vorname: .....

Name: .....

Str. / Nr: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: .....

**oder**

☐ Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt.

☐ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung in einem separaten Dokument eine Betreuungsverfügung erstellt. Als Betreuer/in wünsche ich mir:

Vorname: .....

Name: .....

Str. / Nr.: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: .....

**oder**

☐ Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt.

## 6. Aufklärung

☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen in meiner Patientenverfügung wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung dieser Patientenverfügung.

**oder**

☐ Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

Bei der Erstellung wurde ich unterstützt von:.....
*(optional)*

## 7. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Stress bearbeitet.

..... .....
Ort, Datum Unterschrift

**Bestätigung durch eine/n Zeugin/Zeugen:***(optional)*

Hiermit bestätige ich,

Vorname: .....

Nachname:.....

dass diese Erklärung von der Verfasserin/ vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

..... .....
Ort, Datum Unterschrift (Zeuge / Zeugin)

## 8. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Ein Original dieser Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

1. .....

   am: .....

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei: *(optional)*

2. .....

   am: .....

3. .....

   am: .....

Ein Original dieser Patientenverfügung ist bei mir an folgendem Ort hinterlegt:

.....

.....

.....

## Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.

(Wenn ich die Aktualität meiner Patientenverfügung nicht regelmäßig bestätige, bedeutet dies **nicht**, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)

**Bestätigung**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

# Um ganz sicher zu sein, brauchen Sie diese Karte!

- Kontaktperson wird sofort angerufen.
- Ihre Patientenverfügung etc. ist sofort abrufbar.
- 3 Notfallanweisungen für das behandelnde Team.
- Ohne Notar gültig.







## Einmalig 44,- €

(keine Folgekosten!)

(inkl. MwSt. und Versand)

Einfach online bestellen oder das Bestellformular auf der Rückseite nutzen und Ihre Unterlagen gleich mitsenden.

**https://patientenverfuegung-ausweis.de**
**https://patientenverfuegung-karte.de**

# Bestellung Patientenverfügung auf Karte

zwischen

R&R Vivendi GbR
Ochtruper Str. 34 A
48455 Bad Bentheim

und

Vorname /-n: _____

Nachname: _____

Straße +Haus-Nr. _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geb.Datum: _____

Hiermit bestelle ich verbindlich einen Patientenverfügungs-Ausweis auf Scheckkarte zum **Preis** von **einmalig 44,00 €**. (inkl. MwSt. und Versand).

Name der Kontaktperson: _____

Telefon-Nr. Kontakperson: _____

Zeile 1 Rückseite:_____

Zeile 2 Rückseite:_____

Zeile 3 Rückseite:_____

## Meine Unterlagen füge ich dieser Bestellung bei.

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedigungen und die Datenschutzerklärung.
Link zu unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen: hier klicken
Link zur Datenschutzerklärung: hier klicken

Ort:_____ Datum:_____

_____
Unterschrift