



## Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine Vorsorgevollmacht für den medizinischen Bereich. Die jeweilige Person kann im Vorhinein ihre Entscheidung für die medizinische Behandlung und Pflege bei schwerster und aussichtsloser Erkrankung treffen.

Die Patientenverfügung muss in schriftlicher Form – versehen mit der eigenhändigen Unterschrift des Verfassers – vorliegen.

Die eigenhändige Unterschrift sollte im Abstand von 2-3 Jahren aktualisiert werden, damit sich der Verfasser im stetigen Zeitabstand mit seinem Willen auseinandersetzt. Gleichzeitig sollte die Patientenverfügung von mindestens einem Zeugen bestätigt werden. Es empfehlen sich auch mehrere Zeugen, da sich möglicherweise einer der Zeugen nicht mehr im Lebensumfeld des Patienten aufhält. Die Zeugen bekunden sodann, dass der Verfasser/Patient beim Abschluss der Patientenverfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte war. Des Weiteren empfiehlt sich auch, das Formular der Patientenverfügung handschriftlich auszufüllen, da somit deutlich wird, dass der Patient intensiv Gedanken über seinen Sterbevorgang gemacht hat.

Wir unterscheiden zwei Patientenverfügungen:

### 1. pro vita

dies bedeutet, dass alle maximalen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, d.h. lebenserhaltende Therapien zu Gunsten des Patienten eingesetzt werden sollen

### 2. kontra vita

dies bedeutet, dass der Patient bei ungünstiger Behandlungsprognose eine Behandlungseinschränkung bzw. -abbruch wünscht, d.h. dass er sich gegen eine Sterbeverlängerung bei schwerer Krankheit ausspricht

In der Patientenverfügung kann auch die Möglichkeit einer Organspende angeschlossen werden. Bitte sprechen Sie uns an für ein entsprechendes Formular.

## Aufbewahrung der Patientenverfügung

Das Original könnte beim Verfasser oder einer Vertrauensperson hinterlegt werden. Eine Verwahrung bei einem Notar ist ebenfalls möglich. Eine Abschrift sollte jedoch auch jeder Zeuge aufbewahren. Es ist jedoch davon abzuraten, die Patientenverfügung beim Testament aufzubewahren, da das Testament erst nach dem Tode geöffnet wird.

Eine Patientenverfügung kann sowohl mit der Vorsorgevollmacht als auch mit der Betreuungsverfügung kombiniert werden.



## Patientenverfügung

*(Wunsch nach erhaltener Therapie zu Gunsten des Patienten)*

Sollte ich  
(Vollmachtgeber) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
wohnhafte in: \_\_\_\_\_

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich hiermit

(Bevollmächtigter) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
wohnhafte in: \_\_\_\_\_

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter darf in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich, die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Vollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich. Sofern ich außerstande bin, meinen Willen zu äußern, und der benannte Bevollmächtigte verhindert ist, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinische Situation und die rechtliche Beurteilung eines Aufklärungsverzichts eingehend informiert habe:

In der Hoffnung und im Vertrauen auf den medizinischen Fortschritt und die damit verbundene Hoffnung auf zukünftige Heilung derzeit unheilbar erscheinender Krankheiten und Verletzungen wünsche ich in jedem Stadium einer möglichen Erkrankung oder Verletzung, auch bei einer infamsten Prognose, oder einem bereits eingetretenen Sterbevorgang, dass mir eine optimale medizinische Maximalbehandlung gewährt wird.

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

Unterschrift des Zeugen: \_\_\_\_\_



## Patientenverfügung

*(Wunsch nach Behandlungsabbruch bei ungünstiger Behandlungsdiagnose)*

Sollte ich  
(Vollmachtgeber) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
wohnhafte in: \_\_\_\_\_

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich hiermit

(Bevollmächtigter) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
wohnhafte in: \_\_\_\_\_

mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten.

Mein Bevollmächtigter darf in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich, die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

Die Entscheidungen meines Bevollmächtigten sind für die behandelnden Ärzte verbindlich. Diese Vollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich. Sofern ich außerstande bin, meinen Willen zu äußern, und der benannte Bevollmächtigte verhindert ist, verfüge ich, nachdem ich mich über die medizinische Situation und die rechtliche Beurteilung eines Aufklärungsverzichts eingehend informiert habe:

Die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere von Operationen, künstlicher Beatmung und Ernährung einschließlich der Magensäure und Aufrechterhaltung der Gehirntätigkeit, soll unterbleiben, wenn **zwei Ärzte** unabhängig voneinander festgestellt haben,

- bitte Gewünschtes ankreuzen und Ungewünschtes streichen -

dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder das Leben ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde,

oder

dass ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins in einem Koma liege,

oder

dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dauerschädigung des Gehirns eintritt,

oder

dass es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung.



### Ich wünsche mir seelsorgerische Begleitung durch

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

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

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Bitte verständigen Sie

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

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

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Um mir persönlichen Bestand zu leisten.

Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgen nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. In einer konkreten Situation, in der über einen Abbruch der an mir vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, bitte ich meine behandelnden Ärzte, diese Patientenverfügung als verbindlich anzunehmen und entsprechend meinem Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.

**Wichtig:** Sollte aufgrund wechselnder Gesetze diese Entscheidung von einem Gericht getroffen werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten die Zustimmung des Gerichts auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.

Ich/Wir bestätige(n), dass Frau/Herr \_\_\_\_\_

Diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des Zeugen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:                      Unterschrift des Vollmachtgebers                      Unterschrift des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:                      Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:                      Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)