



Hospizbewegung Weingarten •
Balenfurt • Balndt • Berg e.V.



Kreissenorenrat Ravensburg e. V.



PATIENTENVERFÜGUNG

Ich wünsche einen würdigen Tod und bitte meine Ärzte und Ärztinnen, Angehörige, Pflegerinnen und Pfleger, mir dabei beizustehen.

Für den Fall, dass ich,

geboren am:

wohnhaft in:

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes (Es muss Ja oder Nein angekreuzt werden, das Angekreuzte gilt):

1. Situationen, in denen diese Verfügung gilt:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| ☐ | ☐ | Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. |
| Ja | Nein | |
| ☐ | ☐ | Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. |
| Ja | Nein | |
| ☐ | ☐ | Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte dauerhaft nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu bilden und verständlich zu äußern, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. |
| Ja | Nein | |
| ☐ | ☐ | Wenn ich in Folge eines sehr weit fort geschrittenen 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. |
| Ja | Nein | |

Weitere Situationen

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen Entsprechend beurteilt werden.



Erstellt unter Verwendung von: Vorsorge für Unfall Krankheit Alter, Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 19. Auflage www.justiz.bayern.de.

2. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich, mein Leben in Würde vollenden zu können.

Ich verzichte auf:

☐ Ja	☐ Nein	Alle Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
☐ Ja	☐ Nein	Alle Wiederbelebungsmaßnahmen.
☐ Ja	☐ Nein	Diagnostische Maßnahmen , die keine Therapie mehr zur Folge haben.
☐ Ja	☐ Nein	Künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
☐ Ja	☐ Nein	Flüssigkeitsgabe (außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung)

Ich wünsche mir:

☐ Ja	☐ Nein	Therapeutische Maßnahmen , die eine lindernde Wirkung haben.
☐ Ja	☐ Nein	Lindernde pflegerische Maßnahmen , insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.
☐ Ja	☐ Nein	Lindernde ärztliche Maßnahmen , insbesondere Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere quälende Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.
☐ Ja	☐ Nein	Sollte ich Träger eines Defibrillators sein, so ist dieser zu deaktivieren .

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name.....
Anschrift/Telefon.....

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Name.....
.....

Wenn möglich wünsche ich in meiner letzten Lebenszeit eine Begleitung durch

Name.....
.....

Ich wünsche außerdem Beistand

☐ Ja ☐ Nein von meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

.....
☐ Ja ☐ Nein durch einen Hospizdienst

.....
☐ Ja ☐ Nein Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt
und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir
bevollmächtigten Person/en besprochen.

Bevollmächtigte(r)

Name.....
Anschrift.....
Telefon.....

Bevollmächtigte(r)

Name.....
Anschrift.....
Telefon.....

☐ Ja ☐ Nein Ich habe anstelle einer Vollmacht eine Betreuungsverfügung erstellt.

☐ Ja ☐ Nein Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine
Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Mir ist bewusst, dass ich an lebens- bzw. organerhaltende Geräte angeschlossen werde, falls ich
der Organspende zugestimmt habe.

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen
oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender
Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt.
Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich, dass mir in der konkreten
Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit keine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich
diese Verfügung nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen
kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

und individuellen Wünsche für meine letzte Lebenszeit

[illegible]

Unterschrift