

# Patientenverfügung

(Diese Vorlage wurde 2023 erarbeitet in Zusammenarbeit von: Stadtseniorenrat Tübingen e.V., Unabhängige Patientenberatung Tübingen e.V., Caritas „Lebensfaden“, Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Universitätsklinikum Tübingen, Geriatisches Zentrum am Uniklinikum Tübingen, Tübinger Hospizdienste e.V.)

Name	Vorname
Wohnort	Straße
Geburtsdatum	Geburtsort

**Ich möchte in Würde sterben und bitte deshalb alle, diesen Wunsch und den hier dargelegten Willen zu beachten.**

**Diese Verfügung soll gelten, wenn ich meinen Willen nicht mehr äußern kann und**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1	wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozess befinde.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2	wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3	wenn meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, infolge einer akuten Gehirnschädigung, z.B. durch Schlaganfall oder Unfall, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4	wenn ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder mit Hilfe Dritter zu mir nehmen kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5	wenn mir infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses keine Verständigung mit meiner Umgebung mehr möglich ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6	wenn durch eine weitere Behandlung meiner akuten Erkrankung nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte die Wahrscheinlichkeit äußerst gering ist, dass ich meine Entscheidungsfähigkeit wiedererlange und ich höchstwahrscheinlich in einen Zustand dauerhafter, hochgradiger Pflegeabhängigkeit geraten würde, wie dies oben bereits unter den Punkten 3 – 5 beschrieben wurde.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7	Platz für eigene Ergänzung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8	oder wenn ich in vergleichbare Krankheitszustände geraten bin.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**In den oben beschriebenen Situationen werden folgende lebensverlängernden medizinische Maßnahmen von mir zugelassen bzw. abgelehnt:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Aufnahme auf eine Intensivstation	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Wiederbelebungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Intubation / invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Dialyse	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Anlage eines Herzschrittmachers	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Antibiotika Medikation	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Gabe von Blut oder Blutbestandteilen	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Künstliche Flüssigkeitszufuhr über Vene oder Haut	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Künstliche Ernährung über eine Nasensonde oder eine Vene	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Anlegen einer PEG-Sonde (Magensonde durch die Bauchdecke)	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt
Platz für eigene Ergänzung:	<input type="checkbox"/> Zugelassen	<input type="checkbox"/> Abgelehnt

**Wenn ich diese Maßnahmen ablehne, dann sollen meine Behandlung und Pflege ausschließlich auf die Linderung aller belastenden Symptome und Schmerzen ausgerichtet sein.**

Ich verlange deshalb lindernde Pflege, vor allem Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl und medizinische Maßnahmen einschließlich der Anwendung der Medikamente zur wirksamen Linderung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.

Wenn dadurch meine Lebenszeit verkürzt oder mein Bewusstsein eingetrübt würde, dann nehme ich das in Kauf.

**Besondere Wünsche und Anliegen (z.B.):**

Ich möchte, wenn es eben geht, in meiner vertrauten Umgebung sterben.

Ich bitte um seelsorgerliche Betreuung durch meine Glaubensgemeinschaft/ Kirche (ggf. Namen nennen: \_\_\_\_\_)

Sollte ich mich im Sterbeprozess befinden, soll der Hospizdienst eingeschaltet werden (ggf. Namen nennen: \_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Organspende

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich habe einen Organspenderausweis  Ja

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht, dann stimme ich einer Organspende zu, auch wenn dafür ärztliche Maßnahmen zum Organerhalt durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung eigentlich ausgeschlossen habe.  Ja

oder

Ich lehne in diesem Falle eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.  Ja

## Bevollmächtigte

Ich habe unten genannten Personen eine Vorsorgevollmacht erteilt. Er/Sie soll(en) vor jeder Entscheidung über das weitere medizinische Vorgehen gefragt werden, ob das meinem Willen, wie ich ihn in dieser Verfügung geäußert habe, entspricht. Falls ich mehrere Personen bevollmächtigt habe, sollen diese möglichst im Konsens entscheiden. Bei unterschiedlicher Meinung über die Auslegung meiner Patientenverfügung sowie bei der Feststellung meines mutmaßlichen Willens für Situationen, die nicht konkret geregelt sind, soll der Auffassung der bevollmächtigten Personen in folgender Reihenfolge besondere Bedeutung zukommen:

1.

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
---------------	-----------	---------

2.

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
---------------	-----------	---------

3.

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
---------------	-----------	---------

**Vertrauenspersonen** (wichtig, wenn es keine Bevollmächtigten gibt oder diese nicht erreichbar sind)

Mir ist wichtig, dass im Sinne von §1828 BGB auch meine nahen Angehörigen und mir nahestehenden Vertrauenspersonen in die Gespräche zur Feststellung meines Willens miteinbezogen werden.

Ich möchte allerdings nicht, dass folgende Person(en) \_\_\_\_\_ daran beteiligt wird/ werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Schlusserklärung

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung verfasst. Sie ist Ausdruck meiner Selbstbestimmung.

Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich entscheidungsfähig bin.

Ausdrücklich weise ich darauf hin, dass ich nicht wünsche, dass mir in der konkreten Situation, in der ich nicht entscheidungsfähig bin, eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder mündlich) widerrufen habe. (falls nicht gewünscht streichen)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

- Ich habe eine persönliche Ergänzung über meine Werte und Einstellungen erstellt, sie soll als erklärender Bestandteil meiner Patientenverfügung berücksichtigt werden.
- Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt.

## Änderungen:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden