

# Patient\*innenverfügung

Für den Fall, dass ich, .....

geboren am ..... in .....

wohnhaft in .....

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich Folgendes:**

- Für Unfallereignisse oder plötzliche Erkrankungen aus voller Gesundheit wünsche ich die notwendige **Maximaltherapie**.

Folgestandards nach dem Ereignis sollen erst nach 2 Wochen entsprechend dieser

Verfügung beurteilt werden.

☐

Ja

☐

Nein

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt

Zutreffendes bitte ankreuzen

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach **unabwendbar** im **unmittelbaren Sterbeprozess** befinde ☐
- wenn ich mich im **Endstadium** einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist ☐
- wenn infolge einer **Gehirnschädigung** meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen oder mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier in der Behandlung derartiger Fälle erfahrener Ärzt\*innen (von denen mindestens eine\*r Fachärztin/Facharzt für Neurologie sein muss) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren sind, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist

- wenn dieser oben beschriebene Zustand über einen Zeitraum von .....  
(z. B. einem Monat oder einem halben Jahr, siehe Anhang „Wertevorstellungen“) besteht ☐

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen gelegentliche Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und die Fähigkeit, Empfindungen zu haben, erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

- wenn ich infolge eines sehr weit **fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses** (z.B. bei Demenzerkrankung) soweit beeinträchtigt bin, dass ich auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. ☐

**Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.**

## 2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und von mir angekreuzten Situationen verbiete ich:

- Wiederbelebensmaßnahmen Ja ☐ Nein ☐
- künstliche Ernährung (über eine Sonde durch Mund, Nase, Bauchdecke oder über die Venen) Ja ☐ Nein ☐
- künstliche Flüssigkeitszufuhr (über eine Sonde durch Mund, Nase, Bauchdecke oder über die Venen) Ja ☐ Nein ☐
- künstliche Beatmung (invasiv oder nicht-invasiv) Ja ☐ Nein ☐

*Sollten oben genannte Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, sind diese in Vollnarkose zu beenden.*

- Dialyse Ja ☐ Nein ☐
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen Ja ☐ Nein ☐
- eine Einweisung in ein Krankenhaus, wenn sie nicht einer besseren Beschwerdelinderung dient Ja ☐ Nein ☐
- Antibiotika als lebensverlängernde Maßnahme zu verabreichen Ja ☐ Nein ☐
- alle Medikamente, die nicht zur Leidenslinderung dienen Ja ☐ Nein ☐
- Operationen als lebensverlängernde Maßnahmen Ja ☐ Nein ☐

## Zusätzliche Erklärung für einen fortschreitenden Hirnabbauprozess (z.B. Demenz)

Unabhängig vom Stadium der Erkrankung, unabhängig von meiner Fähigkeit, selbst noch Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen zu können, **verbiete ich**

- Wiederbelebung Ja ☐ Nein ☐
- jede lebensverlängernde ärztliche Behandlung bei einer hinzutretenden potentiell tödlichen Krankheit Ja ☐ Nein ☐

Es darf dann nur noch eine **palliative Behandlung** durchgeführt werden.

## Zusätzliche Erklärung für Träger\*innen eines Defibrillators

- Sollte ich Träger\*in eines Defibrillators sein, ist dieser zu deaktivieren. Ja ☐ Nein ☐

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

**In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen  
wünsche ich eine umfassende palliative Behandlung:**

- Lindernde **pflegerische Maßnahmen**, z. B.: Ja ☐
  - Lagerung
  - Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls
  
- Lindernde **medikamentöse Maßnahmen** zur wirksamen Bekämpfung von:
  - Schmerzen
  - Luftnot
  - Angst
  - Unruhe
  - Übelkeit
  - Erbrechen
  - anderen Krankheitserscheinungen. Ja ☐

**Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung und Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Organspende-Ausweis

Ich habe einen Organspende-Ausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

Ja ☐    Nein ☐

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können.

Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens drei Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Ich habe zusätzlich zur Patient\*innenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** erteilt und den Inhalt dieser Verfügung mit der von mir bevollmächtigten Person/en besprochen.

☐

Ja

☐

Nein

| Name | Anschrift | Telefon / E-Mail |
|------|-----------|------------------|
|      |           |                  |
|      |           |                  |
|      |           |                  |

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine **Betreuungsverfügung** erstellt und wünsche, dass ein\*e vom Betreuungsgericht für mich bestellte\*r Betreuer\*in meinen Willen, der sich aus dieser Patient\*innenverfügung ergibt, Ausdruck verschafft und ihn durchsetzt.

☐

Ja

☐

Nein

Name .....

Anschrift .....

Telefon ..... E-Mail .....

## Schweigepflicht

Ich entbinde Ärzt\*innen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

☐

Ja

☐

Nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Erneuerung der Patient\*innenverfügung

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn das Gesetz dies nicht zwingend vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

| Ort | Datum | Unterschrift |
|-----|-------|--------------|
|     |       |              |
|     |       |              |
|     |       |              |
|     |       |              |
|     |       |              |

### 3. Ärztin/Arzt meines Vertrauens:

Name .....

Anschrift .....

Telefon ..... E-Mail .....

#### Ich wünsche eine Begleitung

- durch eine\*n Palliativärztin/Palliativarzt
- durch einen ambulanten Hospizdienst, z.B. den APHD
- durch eine\*n Seelsorger\*in

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ja

Nein

Gegebenenfalls nähere Angaben siehe Seite 7:

#### Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen/ besondere Wünsche

### 4. Bei der Festlegung meiner Patient\*innenverfügung habe ich mich informieren\*lassen vom:

APHD HospizDienst, Sallstr. 57, 30171 Hannover

Datum .....

\* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patient\*innenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Informationsgespräch kann aber unterstreichen, dass ich meine Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht habe.)

### 5. Rechtsverbindlichkeit der Patient\*innenverfügung

**Diese Patient\*innenverfügung ist nach § 1827 ff. BGB (Patient\*innenverfügungsgesetz) für alle Personen rechtsverbindlich.**

Der in dieser Patient\*innenverfügung **geäußerte Wille** zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen **soll** von den behandelnden Ärzt\*innen und dem Behandlungsteam **befolgt werden**. Mein\*e Vertreter\*in **ist verpflichtet, meinen Willen durchzusetzen**. Sollte jemand sich dem vorsätzlich widersetzen und mich gegen den Sinn dieser Patient\*innenverfügung behandeln, so bitte ich mein\*e Vertreter\*in, eine Strafanzeige zu stellen.

**Alle benannten Zustände (S. 1) betrachte ich für mich als deutlich schlimmer als den Tod.** Sollte ich **trotz** dieser Patient\*innenverfügung in diesen oder vergleichbaren Situationen künstlich am Leben erhalten werden, bitte ich meine\*n Bevollmächtigte\*n darum, die Ärzt\*innen auf Körperverletzung und Schadensersatz in meinem Namen zu verklagen.

**Diese Aufforderung gilt auch für die Zeit nach meinem Tod.**

## 6. Widerruf der Patient\*innenverfügung

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. **Darum wünsche ich nicht**, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patient\*innenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann.

Wenn ich jedoch diese Patient\*innenverfügung ganz oder teilweise widerrufe, muss feststehen, dass ich hierzu die notwendige **Einsichtsfähigkeit** habe. Dies ist durch ein Gutachten eines Facharztes/einer Fachärztin für Neurologie oder Psychiatrie festzustellen, der/die nicht in der Einrichtung tätig sein darf, in der ich mich zu diesem Zeitpunkt befinde. Bleiben Zweifel an meiner aktuellen Einsichtsfähigkeit, so ist diese Patient\*innenverfügung als mein fortgeltender und damit aktueller Wille zu respektieren und umzusetzen. Auf einen aktuellen Widerruf darf dann nicht abgestellt werden.

## 7. Konfliktfälle

Trifft meine aktuelle Lebens- und Behandlungssituation **nicht** auf die in der Patient\*innenverfügung geregelten Fälle zu, muss nach dem mutmaßlichen Willen (§1827 Abs. 2 BGB) im Konsens aller Beteiligten gehandelt werden. Zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens dienen die Wertvorstellungen, die ich auf Seite 7 formuliert habe.

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1827 Abs. 2 BGB zur Durchsetzung meiner Patient\*innenverfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens erforderlich sein, soll folgende Person – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name .....

Anschrift .....

Telefon ..... E-Mail .....

Folgende Person soll **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name .....

Anschrift .....

Telefon ..... E-Mail .....

Die Umsetzung der Patient\*innenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt/Ärztin und Bevollmächtigten bzw. Betreuer\*in einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1829 Abs. 2 BGB).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### Quellen:

- „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Hrsg.: Bayerisches Staatsministerium für Justiz, 23. Auflage
- Putz-Sessel-Soukup-Steldinger Rechtsanwälte, Kanzlei für Medizinrecht, Uhlandstr. 5, 80336 München
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Infobroschüre „Patientenverfügung“
- Palliativnetz Witten e.V.
- Stiftung Warentest „Das Vorsorge-Set“, 6., aktualisierte Auflage, Stand: Februar 2023

Stand: 12/2025

**Ergänzende persönliche Erklärung zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens, Wertvorstellungen/besondere Wünsche:**

[illegible]

Ort, Datum

Unterschrift