

# Patientenverfügung

Ich,

Vorname, Name,

geb. am            in            ,  
wohnhaft Straße in PLZ Ort,

bestimme für den Fall meiner Einwilligungsunfähigkeit, wenn ich also meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

1. **Situationen, für die meine Patientenverfügung insbesondere gilt**  
(vergleichbare, hier nicht erwähnte Zustände sind entsprechend zu beurteilen):
  - a) Wenn ich wahrscheinlich unabwendbar im unmittelbar-finalen Sterbeprozess bin.
  - b) Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
  - c) Wenn ich durch Gehirnschädigung nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte wahrscheinlich unwiederbringlich nicht mehr Einsichten gewinnen, Entscheidungen treffen und mit Menschen in Kontakt treten kann - selbst wenn der Tod nicht absehbar ist (z.B. Dauerbewußtlosigkeit, Wachkoma). Das gilt für direkte (z.B. Schlaganfall, Unfall, Entzündung) oder indirekte (z.B. nach Wiederbelebung, Lungenversagen, Schock) Gehirnschädigungen. Ich weiß, dass in solchen Situationen Empfindungen möglich sind und eine wesentliche Besserung nicht ganz auszuschließen ist.
  - d) Wenn ich infolge fortgeschrittener Hirnabbauprozesse (z.B. Demenz) Nahrung und Flüssigkeit auch mit Hilfe nicht mehr auf natürliche Weise zu mir nehmen kann.
  
2. **In den o.g. Situationen verbiете ich folgende Maßnahmen:**
  - a) Alle lebenserhaltenden oder verlängernden Maßnahmen (z.B. Beatmung, Gabe von Antibiotika oder Blut-/Bestandteilen, Dialyse, Operationen), sofern sie nicht nur die Linderung von Leiden bezwecken - eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
  - b) Versuche einer Wiederbelebung - Notärzte werden nicht verständigt, bzw. unverzüglich über meine Ablehnung einer Wiederbelebung informiert.
  - c) Jede Art der künstlichen Ernährung oder Flüssigkeitsgabe (z.B. über die Vene oder Sonde durch Mund, Nase, Bauchdecke) - eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
  - d) Organ- und Gewebe-Entnahme nach meinem Tod zu Transplantationszwecken.
  
3. **In den o.g. Situationen verlange ich folgende Maßnahmen:**
  - a) Lindernde pflegerische Maßnahmen und Körperpflege.
  - b) Linderung von Hunger-/Durstgefühlen als subjektive Empfindung (z.B. Anfeuchten der Atemluft, Mundpflege), wenn Nahrung und Flüssigkeit auch mit Hilfe auf natürliche Weise nicht mehr aufgenommen werden kann.
  - c) Fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, Bekämpfung von Atemnot/ Übelkeit/Unruhe und anderen belastenden Symptomen - Bewußtseinsdämpfung durch Medikamente und eine Verkürzung der Lebenszeit billige ich.
  - d) Beistand (z.B. Verwandte, Hospizdienste, Seelsorge) durch:  
.....

## 4. Verbindlichkeit meiner Patientenverfügung

Mit dieser Patientenverfügung gemäß § 1827 BGB übe ich ohne äußeren Druck nach sorgfältiger Überlegung mein Recht auf Selbstbestimmung, sowie auf Leben und Sterben nach Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz aus. Ich weiß, daß ich die Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann. Mein Wille ist von Ärzten und Pflegenden zu befolgen. Wenn sie meinen Willen nicht befolgen (wollen), kümmern sich die von mir bevollmächtigten Personen um anderweitige medizinische/pflegerische Versorgung. Bei Mißachtung kann diese Patientenverfügung gerichtlich z.B. gegen Kliniken, Ärzte, Pflegeeinrichtungen durchgesetzt werden. Eine Mißachtung kann als Körperverletzung strafbar sein.

Trifft diese Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, so hat mein Bevollmächtigter oder Betreuer meinen mutmaßlichen Willen festzustellen und danach zu entscheiden, ggf. nach Rat des Arztes meines Vertrauens (Name und Adresse):

.....

Sofern ich diese Patientenverfügung nicht schriftlich oder mündlich nachweislich widerrufe, darf mir in der konkreten Situation keine Willensänderung unterstellt werden. Wenn aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen Ärzte oder die von mir bevollmächtigten Personen meinen, daß ich entgegen der Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden will, dann gilt: Ein von der behandelnden Einrichtung unabhängiger Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie hat meine Einsichtsfähigkeit festzustellen.

## 5. Vollmacht und Betreuungsverfügung

Ich habe zur Durchsetzung dieser Patientenverfügung nachstehender/n Person/en eine gesonderte Vollmacht erteilt und mit ihr den Inhalt der Patientenverfügung besprochen.

Name:

Anschrift:

Telefon:

Falls trotz der o.g. Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich ist, soll eine bevollmächtigte Person als Betreuer bestellt werden.

## 6. Beratung (zur Bestätigung der Ernsthaftigkeit meines Willens)

Ich wurde über die Konsequenz der Patientenverfügung beraten durch (z.B. Arzt, Anwalt):

Name: Frederic Seeböhm

Funktion: Rechtsanwalt

Anschrift: Mainzer Straße 27 (Atriumhaus)  
53179 Bonn

Telefon: 0228-3915714, 0171-6904182

Email: info@Seeböhm.de

.....

Hausarzt

.....

.....

.....

.....

Datum: .....

Datum: .....

.....  
Unterschrift, ggf. Stempel

.....  
Unterschrift, ggf. Stempel

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Verfügende/r