

# Patientenverfügung

(Bitte beachten Sie vorab die Hinweise des "Merkblatts" auf Seite 12!)

Hiermit errichte ich:

\_\_\_\_\_

(Name) (Vorname)

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

eine Patientenverfügung.

## 1. Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Lebensende

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Bestimmung des Anwendungszeitpunkts

Ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgenden Fall:

- ☐ 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 Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ Wenn ich infolge einer **Gehirnschädigung** meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier Fachärzte, unabhängig voneinander, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen oder fortgeschrittene Hirnabbauprozesse ebenso wie für indirekte Gehirnschädigungen, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszusprechen, aber unwahrscheinlich ist.
- ☐ Wenn ich infolge eines **weit fortgeschrittenen 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.
- ☐ Eigene Beschreibung für Anwendungssituationen:

---

---

---

---

### 3. Einzelne Verfügungen zu den medizinischen Maßnahmen

In den unter Punkt 2 (siehe Seite 2) beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- 3.1 ☐ das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todes-  
eintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern  
würde. Die medizinische Behandlung soll sich auf Linderung von  
Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender  
Symptome beschränken.
- 3.2 ☐ bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle  
sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und  
Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner  
Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
- 3.3 ☐ keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund,  
die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene). Die Ernährung  
soll auf natürliche Weise erfolgen, gegebenenfalls mit Hilfe bei  
der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.
- 3.4 ☐ die **Unterlassung** der künstlichen Flüssigkeitszufuhr bei fachgerechter  
Pflege von Mund und Schleimhäuten
- oder
- 3.5 ☐ die **Reduzierung** künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem  
Ermessen bei fachgerechter Pflege von Mund und Schleimhäuten.
- 3.6 ☐ keine Wiederbelebensmaßnahmen.
- 3.7 ☐ keine künstliche Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich  
Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer  
Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner  
Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- 3.8 ☐ keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung  
meiner Beschwerden.
- 3.9 ☐ keine Bluttransfusion
- 3.10 ☐ keine Dialyse (Blutreinigung)

---

**Oder (alternativ zu 3.1 - 3.10): Ich möchte,**

- 3.11 ☐ **dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben  
zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern**

Persönliche Ergänzungen zu gewollten oder abgelehnten Maßnahmen (z.B. zur weiteren Behandlung schon bestehender Erkrankungen, Gabe von Medikamenten, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

## 4. Organspende

☐ Ich besitze einen persönlichen **Organspendeausweis**.

Sie können die Patientenverfügung auch dazu nutzen, um ihre Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende zu dokumentieren.

☐ Ich gestatte keine Organ- oder Gewebeentnahme.

**Oder**

☐ Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

**Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann**

☐ **geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.**

☐ **gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.**

## 5. Aufenthaltsort und persönlicher Beistand

Ich möchte

- ☐ wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ☐ in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.
- ☐ wenn möglich, in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation versorgt werden

Ich wünsche

- ☐ Beistand durch folgende Person/en: \_\_\_\_\_
- ☐ Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:  
\_\_\_\_\_
- ☐ hospizlichen Beistand: \_\_\_\_\_

## 6. Durchsetzung des hier niedergelegten Willens durch eine bevollmächtigte Person

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille befolgt wird und wünsche, dass eine von mir bevollmächtigte Person für dessen Durchsetzung Sorge trägt.

- ☐ Ich habe deshalb im Anhang an diese Verfügung eine **Vollmacht** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.
- ☐ Ich habe **zusätzlich** zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** erteilt. Die darin mit der Gesundheitssorge betraute Person soll mich auch im Hinblick auf die Patientenverfügung vertreten. Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.
- ☐ Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine **Betreuungsverfügung** zur Auswahl eines rechtlichen Betreuers erstellt. Dieser soll auch für die Durchsetzung der Patientenverfügung sorgen.

gewünschte/r rechtliche/r Betreuer/in:

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

**wohnhaft:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

## 7. Abschließende Erklärung zur Verbindlichkeit

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dazu soll diese Verfügung maßgeblich sein.

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfügenden

### Bestätigung eines Zeugen/Arztes:

Name des Zeugen/Arztes: \_\_\_\_\_

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

Ich bestätige, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ die

Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte errichtet hat.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Verlängerung der Verfügung umseitig!

## Verlängerung der Patientenverfügung (zu empfehlen alle zwei Jahre)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ weiterhin Gültigkeit haben soll.

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bestätigung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Vollmacht zur Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, bevollmächtige ich hiermit als Person/en meines besonderen Vertrauens:

**Name** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

**geboren am:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

**geboren am:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

## Vertretung in medizinischen Fragen

Die bevollmächtigte Person soll an meiner Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über meine ärztliche Behandlung treffen und sie mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin absprechen. Dabei soll die bevollmächtigte Person Sorge tragen, dass meine Wünsche und Vorstellungen, die ich in der Patientenverfügung niedergelegt habe, berücksichtigt werden.

Insbesondere darf sie in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder deren Abbruch bestimmen, auch wenn ich dadurch sterben oder einen schweren gesundheitlichen Schaden erleiden könnte.

Die bevollmächtigte Person darf meine Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Gegenüber der bevollmächtigten Person entbinde ich hiermit alle mich behandelnden Ärzte und das nichtärztliche Personal von der Schweigepflicht.

## Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen

Die bevollmächtigte Person darf zudem über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Beckengurte, sedierende Medikamente) entscheiden und die Unterbringung im Sinne des § 1831 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) veranlassen.

**Maßnahmen, die mit dem Entzug der persönlichen Freiheit verbunden sind, bedürfen der Genehmigung des zuständigen Betreuungsgerichts (§ 1831 Abs. 2 BGB).**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfügenden



**Bestätigung der bevollmächtigten Personen**

**Bevollmächtigte(r)**

Ich kenne den Inhalt der Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ und der Vollmacht vom \_\_\_\_\_ und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bevollmächtigte(r)**

Ich kenne den Inhalt der Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ und der Vollmacht vom \_\_\_\_\_ und bin bereit, die Ersatzbevollmächtigung anzunehmen.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bevollmächtigte(r)**

Ich kenne den Inhalt der Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ und der Vollmacht vom \_\_\_\_\_ und bin bereit, die Ersatzbevollmächtigung anzunehmen.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**§ 1827 Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten**

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Der Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.

(5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(6) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

**§ 1828 Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens**

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1827 zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1827 Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1827 Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

## **§ 1829 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen**

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
- (2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.
- (4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1827 festgestellten Willen des Betreuten entspricht.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 1 für einen Bevollmächtigten entsprechend

# **Merkblatt zur Patientenverfügung**

**Lesen Sie bitte die Patientenverfügung und diese Information aufmerksam durch.**

**Verfassen Sie die Patientenverfügung so eindeutig, dass Ihr persönlicher Wille klar erkennbar ist und die Gewissheit besteht, dass Sie sich mit dem Thema ausführlich beschäftigt haben.**

Mit der Patientenverfügung erklären Sie in schriftlicher Form dem behandelnden Arzt gegenüber Ihren Willen bezüglich jeglicher medizinischer Behandlung für den Fall, dass Sie sich bei einer aussichtslosen Erkrankung oder in der letzten Lebensphase nicht mehr selbst äußern können.

Erkundigen Sie sich vorab genau über heutige Methoden der Intensivmedizin, künstlichen Ernährung, Beatmung, Organspende und so weiter.

Es empfiehlt sich, in einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung auf Ihre Patientenverfügung hinzuweisen. Falls Sie eine Person zur Durchsetzung Ihrer Patientenverfügung bevollmächtigen, sollten Sie den genauen Inhalt und den Aufbewahrungsort der Verfügung mit dieser Person besprechen und dies mit Unterschriften kenntlich machen.

Die Aufbewahrung kann z.B. zu Hause, bei Angehörigen, Freunden oder beim Arzt erfolgen. Wichtig ist, dass Sie möglichst viele Kopien davon bei verschiedenen Stellen oder Personen hinterlegen und einen Hinweis darauf möglichst immer bei sich tragen (siehe gesonderte blaue Hinweiskarte zur Aufbewahrung bei den Ausweispapieren).

**Wir empfehlen Ihnen, die Patientenverfügung alle zwei Jahre daraufhin zu prüfen, ob Sie mit dem Inhalt noch einverstanden sind.**

Informieren Sie über eventuelle Änderungen alle, die von dieser Verfügung Kenntnis haben.

Weitere Muster für Patientenverfügungen sind auch erhältlich über die Wohlfahrtsverbände, Ärzte, sonstige Institutionen oder das Internet.

## **Folgende Ansprechpartner stehen Ihnen für weitere Informationen oder eine Beratung zur Verfügung:**

Betreuungsverein der Arbeiterwohlfahrt  
Christian-Heibel-Str. 52  
56422 Wirges  
Telefon: 02602 / 1066510  
Email: [awo@awo-westerwald-betreuung.de](mailto:awo@awo-westerwald-betreuung.de)

Betreuungsvereinigung der Caritas  
Bahnallee 16  
56410 Montabaur  
Telefon: 02602 / 16 06 36  
Email: [betreuungsvereinigung@cv-ww-rl.de](mailto:betreuungsvereinigung@cv-ww-rl.de)

Betreuungsverein der Diakonie im Westerwald e.V.  
Hergenrother Str. 2a  
56457 Westerburg  
Telefon: 02663 / 94 30-0 od. 94 30 44  
Email: [uwe.sauer@betreuungsverein-westerwald.de](mailto:uwe.sauer@betreuungsverein-westerwald.de)

Betreuungsverein Westerwald e.V.  
Saynstraße 18  
57627 Hachenburg  
Telefon: 02662 / 500 47 20  
Email: [info@betreuung-ww.de](mailto:info@betreuung-ww.de)

Kreisverwaltung des Westerwaldkreises/Betreuungsbehörde  
Peter-Altmeier-Platz 1  
56410 Montabaur  
Telefon: 02602 / 124-346, 124-341, 124-324 oder 124-343  
Email: [betreuungsbehoerde@westerwaldkreis.de](mailto:betreuungsbehoerde@westerwaldkreis.de)