




## Textbausteine zur Erstellung einer Standard-Patientenverfügung

Auf dieser Webseite können Sie die Erstellung einer **individuellen Standard-Patientenverfügung** in Auftrag geben, die dem neuen Gesetz entspricht. Die Patientenverfügung wird für Sie ausgearbeitet und in zweifacher Ausfertigung per Post zugesandt (**Abbildung hier**). Sie erhalten einen zusammenhängenden Text aus den von Ihnen gewählten Optionen.

Die reguläre Kostenerstattung dafür beträgt **18 Euro** (Ermäßigung möglich; Auslandssendungen plus Extraporto).

Zur einfachen Navigation durch die Felder dieser Seite können Sie die Tabulatortaste  am linken Rand Ihrer Tastatur benutzen.

Ihre Daten werden im Zweifel so ausgedruckt, wie Sie sie eingegeben haben. Daher bei der Eingabe **bitte Groß- und Kleinschreibung sowie Umlaute benutzen!**

Ich, , geboren am , wohnhaft in ,  
 , Vorwahl:  , **bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:**

### Situationen, für die die folgenden Festlegungen (1-5) gelten sollen:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar **im unmittelbaren Sterbeprozess** oder mich im **Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit** befinde.
- Wenn in Folge einer direkten oder indirekten **Gehirnschädigung meine Fähigkeit**, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen / Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach **unwiederbringlich erloschen** ist, selbst wenn der **Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist**. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen (wachkomaähnlicher Zustand), die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass **ein Aufwachen** aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber **äußerst unwahrscheinlich ist**.
- Wenn ich in Folge eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses** (z. B. bei Demenzerkrankung nach dem **Alzheimer-Typus**) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Eigene Beschreibung der Situation (**nur wenn sie mit *Einwilligungsunfähigkeit* einhergehen könnte**):

**(Beispiel)**

### Festlegungen (1-5) zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen:

Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten. Hunger und Durst sollen so lange wie möglich auf **natürliche** Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und

Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das **Lindern von Schmerzen**, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe **und anderer belastender Symptome**.

1. Wünsche ich **in den oben genannten Situationen** unter Umständen auch **bewusstseinsdämpfende Mittel**?

- NEIN:** Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber **keine bewusstseinsdämpfenden Mittel**.
- JA:** Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich zur Beschwerdelinderung **auch bewusstseinsdämpfende Mittel**.
- Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten **Verkürzung meiner Lebenszeit** durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

2. Wünsche ich **in den oben genannten Situationen** lebensverlängernde bzw. lebenserhaltende Maßnahmen?

- JA:** Alles medizinisch Mögliche soll getan werden, um mich am Leben zu erhalten. Ich wünsche z. B. die Durchführung künstlicher Blutwäsche (Dialyse) und künstlicher Beatmung, wenn diese Maßnahmen ärztlicherseits noch angeboten werden bzw. medizinisch indiziert sind.
  - auch fremdes Gewebe und Organe wünsche ich, wenn damit mein Leben verlängert werden könnte.
- NEIN:** Es sollen **keine lebenserhaltenden Maßnahmen** wie Dialyse (Blutwäsche) u. ä. durchgeführt bzw. schon eingeleitete eingestellt werden.
  - Es soll auch **keine künstliche Beatmung** durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt werden, 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. Wünsche ich **in den oben genannten Situationen** künstlich ernährt zu werden (durch Sonde oder venöse Zugänge)?

- JA:** Wenn ich selbst nichts mehr zu mir nehmen kann, soll **künstliche Ernährung** unabhängig von meinem Krankheitszustand und meiner Lebenserwartung **begonnen oder weitergeführt** werden.
- NEIN:** Es soll **keine künstliche Ernährung** mehr erfolgen, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung (z. B. Magensonde durch Nase oder Bauchdecke, oder venöse Zugänge). Auch in den oben genannten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen.
  - Künstliche Flüssigkeitszufuhr** soll dann ebenfalls **unterlassen** werden, es sei denn, sie ist in vermindertem Maße palliativmedizinisch erforderlich, z. B. zur Verabreichung lindernder Medikamente.

4. Wünsche ich **in den oben genannten Situationen** **Antibiotika**, Blut/Blutbestandteile u. ä. zur Lebensverlängerung?

- JA:** Ich wünsche deren Gaben, falls damit **mein Leben verlängert werden kann**.
- NEIN:** Ich erlaube deren Gaben **nur, falls sie zur Linderung meiner Beschwerden erforderlich sind**.

5. Wünsche ich **in den oben genannten Situationen** Versuche zur **Wiederbelebung** bei akutem

Herz-/Kreislaufstillstand?

- JA:** Ich wünsche **dann** Versuche zur Wiederbelebung.
- NEIN: In den oben genannten Situationen** wünsche ich **keine Versuche zur Wiederbelebung**.
  - Ein **Notarzt soll nicht verständigt werden** bzw. ein ggf. hinzugezogener Notarzt soll unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Bis hier haben Sie die elementarsten Fragen der Standard-Patientenverfügung beantwortet. Die Broschüre des Bundesjustizministeriums umfasst allerdings noch weitere Textbausteine und Angaben. Diese beziehen sich u. a. auf:

- Ort der Behandlung am Lebensende und gewünschter Beistand (z. B. zu Hause / durch ein Hospiz)
- Aussagen zur Verbindlichkeit und zur Durchsetzung der Patientenverfügung (z. B. durch Ihren Bevollmächtigten)
- weitere Aussagen z. B. zur Organspende

Wenn Sie unsere Abfassungshilfe in Anspruch nehmen möchten: Die Bearbeitungsgebühr von 18 Euro ist unabhängig vom Umfang Ihrer Patientenverfügung und/oder der Beratungszeit. Wir empfehlen Ihnen die zusätzlichen Angaben 6-12 ebenfalls zu beantworten. Wenn Sie dies nicht wünschen, klicken Sie hier:

[Zusätzliche Angaben überspringen](#)

[Zum Seitenanfang](#)

---

## Zusätzliche Angaben zur obigen Patientenverfügung

### 6. Behandlungsort

Ich möchte *(Sie können mehrere Optionen wählen)*

- wenn irgend möglich **zu Hause** bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- wenn möglich in einem **Hospiz** sterben.
- dort sterben, wo meine Würde, Versorgung und Selbstbestimmung am besten gewahrt sein werden.

### 7. Beistand am Lebensende

Ich möchte menschlichen / spirituellen / fachlichen **Beistand durch** *(Sie können alle Optionen wählen)*

- folgende Personen *(Bevollmächtigte Personen (s. u.) oder Familienangehörige müssen hier nicht extra benannt werden!)*: \_\_\_\_\_
- Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: \_\_\_\_\_
- Hospiz- oder Palliativdienst: \_\_\_\_\_

Benennung von Ärztin / Arzt des Vertrauens: \_\_\_\_\_

### 8. Aussagen zur Durchsetzung, Auslegung und Verbindlichkeit *(Sie können alle Optionen*

wählen)

- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter erwarte ich, dass sie/er die weitere **Behandlung so organisiert**, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Die Patientenverfügung gilt verbindlich. Solange ich sie nicht widerrufen habe, wünsche ich **nicht**, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine **Änderung meines Willens unterstellt** wird.
- Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte / das Behandlungsteam / mein(e) Vertreter (in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten **zu ermitteln**, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.
- Die **Letztentscheidung über medizinische und pflegerische Maßnahmen bzw. meinen mutmaßlichen Willen soll erfolgen** durch meine/meinen **Bevollmächtigte(n)** nach ärztlicher Aufklärung über meinen akuten Zustand.

## 9. Bevollmächtigung von Vertrauensperson(en) für die spätere Vorlage der Patientenverfügung

Ich möchte in einer **Vorsorgevollmacht** für **gesundheitliche** Angelegenheiten ("medizinische Patientenanzwtschaft") folgende Person(en) bevollmächtigen, meinen hier zum Ausdruck gebrachten Willen zu vertreten, wenn ich dazu nicht mehr in der Lage bin:

### 1. Bevollmächtigte(r):

Vorname Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorwahl: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_,  
 Straße & Nr.: \_\_\_\_\_

### 2. Bevollmächtigte(r):

Vorname Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorwahl: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_,  
 Straße & Nr.: \_\_\_\_\_

Die oben genannten Personen sollen mich auch in finanziellen und rechtsgeschäftlichen Angelegenheiten vertreten.

## 10. Erlaubnis zur Organspende?

- JA:** Ich **stimme** einer Organentnahme nach meinem Tod zu **Transplantationszwecken zu**.
  - Ich habe einen **Organspendeausweis** ausgefüllt.  
 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 (*wählen Sie eine Alternative*):
    - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur **Organspende vor**. Intensivmedizinische Maßnahmen zur Vorbereitung der Organentnahme sind für die dafür notwendige Zeit dann erlaubt.
    - gehen die Bestimmungen in meiner **Patientenverfügung vor**.

- NEIN:** Ich **lehne** eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken **ab**.

### 11. Schlussbemerkungen / Hinweis auf Beratung

*Eine Beratung beim Abfassen einer Patientenverfügung und entsprechende Bezeugung durch eine fachkundige Person oder eine Ärztin/ einen Arzt ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Dadurch kann aber die Ernsthaftigkeit, Bedeutung und Verbindlichkeit Ihrer Patientenverfügung unterstrichen werden:*

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert \_\_\_\_\_ und **beraten lassen** von \_\_\_\_\_.
- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner hier getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Insbesondere, soweit ich bestimmte medizinische Maßnahmen und Eingriffe wünsche, **verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.** (Diese Aussage ist zur rechtlichen Absicherung der Ärztinnen/Ärzte unbedingt zu empfehlen)

### 12. Hinweis auf beigefügte Wertvorstellungen (Abbildung des Zusatzblattes)

- Als Interpretationshilfe zu dieser Patientenverfügung werde ich eine persönliche Darstellung erstellen und beifügen. Diese gilt v. a. für nicht ausdrücklich bzw. hinreichend konkret geregelte Situationen. Ansonsten ist für diese mein **mutmaßlicher Wille** (gemäß der Optionen in Frage 8) zu ermitteln.

### Weitere Vorsorgeformulare

#### Für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann:

Ich möchte eine oder mehrere Vertrauensperson(en) bevollmächtigen und bitte um die Formulare (beide ergänzen einander)

- Vorsorgevollmacht** für **gesundheitliche** Angelegenheiten ("medizinische Patientenanzwaltschaft").
- Vorsorgevollmacht** für **finanzielle** und **rechtsgeschäftliche** Angelegenheiten.

#### ODER

Ich kann oder möchte keine Vertrauensperson bevollmächtigen. Deshalb möchte ich statt dessen einen Betreuer oder einen gemeinnützigen Verein o. ä. benennen, den das **Amtsgericht dann einzusetzen hat**, für den Fall, dass ich unter Betreuung gestellt werde. Ich bitte daher um das Formular

- einer **Betreuungsverfügung**.

### Gebühr und ggf. zusätzliche Spende

Ich erkläre mich **bereit**, nach Erhalt meiner Patientenverfügung (incl. weiterer Vorsorgeformulare), **einen Gesamtbeitrag in Höhe von** \_\_\_\_\_ **Euro zu leisten.** Darin sind **18 Euro Bearbeitungsgebühr** enthalten, der Rest gilt als **steuerlich abzugsfähige Spende**. Bei Aufträgen aus dem Ausland kommen noch bis zu drei Euro Portokosten hinzu.

Ich bitte um eine Gebührenreduzierung:  Nein  Ja

Dringlichkeit zur Bearbeitung meiner Patientenverfügung:  Normal  Eilig  Notfall

**Nachricht / Begründung** (für Gebührenreduzierung, Dringlichkeit):

Bitte überprüfen Sie alle Angaben zur Sicherheit und ergänzen für evtl. Rückfragen Ihre **Telefonnummer** und/oder **E-Mail-Adresse** (für die Auftragsbestätigung). Wenn die fertige Patientenverfügung **an eine andere Adresse als die des Verfügenden geschickt werden soll** (z. B. an eine Vertrauensperson, Hospizeinrichtung o. ä.), tragen Sie hier bitte die Anschrift ein. **Die Patientenverfügung wird an diese Anschrift gesandt:**

Frau  Herr \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_,

Straße & Nr.:

Vorwahl: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ (für eventuelle Rückfragen),

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ (optional)

Zur Auftragserteilung und Übermittlung Ihrer Angaben bitte hier einmal klicken ...

6.2.6

[Zum Seitenanfang](#)

Copyright © 2004 - 2009 • **V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung** • 10179 Berlin • Wallstraße 65

