

# Patientenverfuegung

Vorlage fuer eine schriftliche Patientenverfuegung

**Hinweis:** Mit dieser Patientenverfuegung legen Sie fest, welche aertzlichen Massnahmen Sie wuenschen oder ablehnen, falls Sie Ihren Willen nicht mehr selbst aeussern koennen. Die Verfuegung ist fuer Aerzte und Betreuer verbindlich (§ 1827 BGB). Aktualisieren Sie dieses Dokument regelmaessig.

## 1. Persoenliche Angaben

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Situationen, in denen diese Verfuegung gelten soll

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in folgender Situation befinde:

- Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, toedlich verlaufenden Krankheit.
- Ich befinde mich infolge einer Gehirnschaedigung in einem Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit (Wachkoma).
- Ich leide an einer schweren Demenz im fortgeschrittenen Stadium.
- Ich habe eine schwere Gehirnschaedigung erlitten, die zu dauerhaftem Ausfall lebenswichtiger Koerperfunktionen fuehrt.
- Ich befinde mich im unmittelbaren Sterbeprozess.

## 3. Aertzliche Massnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wuensche ich:

Massnahme	Ja	Nein
Schmerz- und Symptombehandlung (auch wenn lebensverk.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kuenstliche Ernaehrung (Magensonde, PEG-Sonde)	■	■
Kuenstliche Fluessigkeitszufuhr (Infusion)	■	■
Kuenstliche Beatmung	■	■
Wiederbelebung (Reanimation)	■	■
Dialyse (kuenstliche Blutwaesche)	■	■
Antibiotika-Gabe	■	■
Bluttransfusionen	■	■

## 4. Ort der Behandlung und Pflege

---

Ich moechte vorzugsweise an folgendem Ort betreut werden:

- Zu Hause (mit ambulanter Pflege / Hospizdienst)
- In einem stationaeren Hospiz
- Im Krankenhaus (Palliativstation)
- Keine Praeferenz

## 5. Organspende

---

- Ich bin grundsaeztlich mit einer Organspende einverstanden.
- Ich bin nur mit der Spende folgender Organe einverstanden:

**Organe:** \_\_\_\_\_

- Ich lehne eine Organspende ab.

*Hinweis: Sollte eine Organspende gewuenscht sein, kann es erforderlich sein, die in Nr. 3 genannten Massnahmen kurzfristig fortzufuehren, um die Organe zu erhalten.*

## 6. Zusaetzhche Wuensche und Anmerkungen

---

Zum Beispiel: Beistand durch bestimmte Personen, religioese Begleitung, Musikwuensche:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7. Vertrauensperson / Bevollmaechtigter

---

Diese Person soll im Zweifelsfall meinen Willen gegenueber Aerzten durchsetzen:

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_

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

## 8. Unterschrift

---

Ich habe diese Patientenverfuegung nach gruendlicher Ueberlegung und im Vollbesitz meiner geistigen Kraefte verfasst. Ich weiss, dass ich sie jederzeit widerrufen kann.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Aktualisierung (empfohlen alle 1-2 Jahre)**

Datum	Unterschrift	Aenderungen