

# Patientenverfügung

Ich, ....., geb. am ..... in .....

wohnhaft in .....

habe diese Patientenverfügung nach reiflichem Überlegen bei vollem Bewusstsein erstellt.

1. Für den Fall, dass ich in eine Situation gerate, in der ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, treffe ich unten stehende Verfügungen. **Sie sollen für Betreuer bzw. Bevollmächtigte und Ärzte verbindlich sein.** Für Fragestellungen, die sie nicht direkt beschreiben, sollen sie zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens dienen.

2. **Was ich mit der Verfügung erreichen oder verhindern will (meine Befürchtungen, Erfahrungen und Werte)**

3. Aufgrund meines Alters / wegen folgender Krankheiten und Behinderungen

möchte ich, dass mein Leiden nach Möglichkeit bekämpft, aber mein Leben **nicht mehr künstlich verlängert** wird und wünsche deshalb:

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<b>Lindernde pflegerische Maßnahmen</b> , insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie <b>lindernde ärztliche Maßnahmen</b> , im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.
---	--

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<b>Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit</b> durch oben genannte Maßnahmen nehme ich gegebenenfalls in Kauf.
---	---

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Die <b>Unterlassung bzw. Beendigung aller lebenserhaltender Maßnahmen</b> , die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden, einschließlich der Wiederbelebung bei Herzstillstand, der künstlicher Beatmung (auch der nichtinvasiven), der Blutwäsche, der antibiotischen Behandlung von Infektionen oder der Gabe von kreislaufstabilisierenden Mitteln.
---	---

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Den <b>Verzicht auf künstliche Ernährung</b> (diese will ich weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	<b>Verminderte</b> Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen nur, soweit sie zur Leidensminderung sinnvoll ist, nicht aber zur Lebensverlängerung.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Den <b>Verzicht</b> auf die Verlegung auf eine Intensivstation.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Äußerung	Den <b>Verzicht</b> auf eine Verlegung ins Krankenhaus, es sei denn, diese sei unabdingbar nötig, um eine Linderung von Schmerzen, Luftnot, Erbrechen oder ähnlichen für mein Empfinden unangenehmen Krankheitserscheinungen zu erreichen.
<input type="checkbox"/> Ja	

4. Ich wünsche, dass der Hinweis auf diese Verfügung und ihre Konsequenzen in der **Krankakte an hervorgehobener Stelle** gekennzeichnet wird.

### 5. Aussagen zur Auslegung der Patientenverfügung

Falls es Unklarheiten über die Auslegung dieser Patientenverfügung bzw. die weitere Behandlung geben sollte, sollen die behandelnden Ärzte und meine persönlichen Vertreter miteinander reden und sich darum bemühen, im Konsens miteinander herauszufinden, was ich in der jeweiligen Situation möchte. Die letzte Entscheidung soll dann aber haben (bitte **eine** Möglichkeit ankreuzen):

- die von mir benannte Vertretungsperson (also meine Bevollmächtigte oder mein Bevollmächtigter, bzw. meine Betreuerin oder Betreuer)
- der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin

### 6. Abschließende Bemerkungen

Ich bin im **Vollbesitz meiner geistigen Kräfte** und habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und **ohne äußeren Druck** erstellt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, **verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.**

### 7. Weitere Verfügungen und Wünsche (z. B. auch zu Seelsorge, Begleitung, etc.)

.....  
 (Ort, Datum)

.....  
 (Unterschrift)

### 8. Raum für Vermerke von Zeugen oder für die Bestätigung der Verfügung nach späterem Durchsehen

## Hinweise zum Ausfüllen der Patientenverfügung

Mit der Patientenverfügung treffen Sie unter Umständen **weitreichende Entscheidungen**. Deshalb empfiehlt es sich sehr, dass Sie sich dabei von einem fachkundigen Menschen (z.B. Arzt, Seelsorger oder Juristen, der sich mit dieser Problematik auseinandergesetzt hat) **beraten** lassen.

Sorgen Sie dafür, dass diese Verfügung wirklich Ihre Überzeugung ausdrückt, **verändern** Sie sie so, dass sie für Sie stimmt (**streichen** Sie z. B. nichtstimmige Passagen).

Ihre Meinungen und Überzeugungen können sich ändern. Deshalb **überprüfen** Sie die Verfügung regelmäßig und passen sie gegebenenfalls der veränderten Situation an. Das ist besonders wichtig, wenn sich Ihre gesundheitliche Lage grundlegend ändern sollte. (Falls Sie die bisherigen Aussagen bestätigen wollen, können Sie das unter Punkt 6 dokumentieren.)

Dieses Formular setzt voraus, **dass Sie schon in Ihrer jetzigen Lebenssituation nur eine eingeschränkte Behandlung** wünschen. Sollten Sie im Moment so gesund sein, dass Sie jetzt im Krankheitsfall eine Behandlung wünschen würden, die versucht, mit den Mitteln, die dem heutigen Stand der Medizin entsprechen, Ihr Leben zu bewahren und Ihre Gesundheit soweit wie möglich wiederherzustellen und diese nur in bestimmten Situationen einschränken wollen, dann sollten Sie unser **anderes Formular** benutzen, das für solche Situationen ausgelegt ist.

### Zu 2

Mögliche Formulierungen sind z.B.:

- Mir war es immer besonders wichtig, Schmerzen und Leiden zu vermeiden. Das soll auch in meinem Sterben berücksichtigt werden.
- Wenn ich mir das vorstelle, ziehe ich ein schnelles Sterben einem langen vor und wäre ich eher bereit, auf eine theoretische Möglichkeit der Besserung zu

verzichten, als einen verlängerten Sterbeprozess in Kauf zu nehmen.

- Mir war es immer wichtig, alles bewusst zu erleben. Deshalb bin ich auch bereit, ein gewisses Maß an Leiden auf mich zu nehmen, um auch mein Sterben möglichst wach zu erleben.
- Ich habe (bei N.N. ...) erlebt, wie ein Mensch viele Monate ohne Kommunikationsmöglichkeit im Bett gelegen hat. Das soll mir nicht passieren.
- Falls mein Geist verwirrt wird, betrachte ich es als natürlichen Teil meines Sterbeprozesses, wenn auch mein Körper nicht mehr funktioniert. Das bitte ich zu respektieren und nicht künstlich zu verlängern.

Wählen Sie eigene für sich passende Worte.

### Zu 3

Überlegen Sie hier, welche Behandlung Sie wünschen und kreuzen Sie in jeder Zeile eine der Möglichkeiten an, so dass klar wird, was Sie wollen, was Sie nicht wollen und wozu Sie sich im Moment nicht äußern.

### Zwei Hinweise zur Durchführung

- In vielen Situationen brauchen Sie einen Menschen, der Ihre Patientenverfügung durchsetzt oder interpretiert. Deshalb empfiehlt es sich einen solchen durch eine **Betreuungsverfügung** oder **Vorsorgevollmacht** zu benennen.
- Ihre Verfügung kann nur wirksam werden, wenn Sie **den handelnden Menschen bekannt** ist. Also unterrichten Sie je nach Lebenssituation ihre (Krankenhaus-)Ärzte, Ihre Angehörigen oder Ihr Heim von dieser Verfügung.

#### LUKAS-KRANKENHAUS BÜNDE

Postfach 2120 | 32221 Bünde  
Hindenburgstr. 56 | 32257 Bünde

Telefon: 05223 – 167-0  
Telefax: 05223 – 167-192

E-Mail: [info@lukas-krankenhaus.de](mailto:info@lukas-krankenhaus.de)  
Internet: [www.lukas-krankenhaus.de](http://www.lukas-krankenhaus.de)



Dieses Formular wurde ursprünglich entwickelt vom Klinischen Ethik-Komitee des Lukas-Krankenhauses Bünde. Bei Bedarf beraten wir Sie gerne.

Kontakt: Pfarrer Hanno Paul  
Telefon: 05223-167-249  
E-Mail: [h.paul@lukas-krankenhaus.de](mailto:h.paul@lukas-krankenhaus.de)