

# Patientenverfügung als Anweisung an den Arzt

Für den medizinischen Notfall, in welchem ich meinen Willen weder verbal noch nonverbal zum Ausdruck bringen kann, verfüge ich,

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ Wohnort

Telefon

dass ich ärztliche Hilfe – auch durch medizinische Geräte – erhalten möchte.

Bluttransfusionen dulde ich jedoch nur im äußersten Notfall,

Organtransplantationen lehne ich ab. Ich möchte kein Organ erhalten – dabei ist mir bewusst, dass ich auch sterben kann. Ich stimme auch **keiner Organentnahme** zu.

Sollte es Zweifel an der geplanten Behandlung geben, möchte ich, dass der behandelnde Arzt, ggfs das multiprofessionelle Team die zu treffenden Entscheidungen gemeinsam mit meiner bevollmächtigten Vertrauensperson gemäß meines mutmaßlichen Willen eruiert und validiert.

Daher entbinde ich alle behandelnden Ärzte und nicht ärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht und verpflichte sie zugleich, ihre Informations- und Aufklärungspflicht ihr gegenüber wahrzunehmen.

Im Falle eines Wachkomas erwarte ich jede menschliche Würde und Zuwendung und jede gebotene medizinische und pflegerische Hilfe.

Sollte ich mich jedoch infolge einer nicht heilbaren und zum Tode führenden Krankheit oder infolge einer allgemeinen Altersschwäche (mit entsprechendem Unterstützungsbedarf) offensichtlich dem **Ende meines Lebens** nähern, möchte ich wie Abraham in Frieden gehen dürfen.

**„Und er (Abraham) nahm ab und starb in einem ruhigen Alter, da er alt und lebenssatt war, ...“** (1. Mose 25, 8)

Jetzt und erst jetzt soll das Folgende gelten:

Ich wünsche in diesem meinen letzten Lebensabschnitt nur noch ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege, welche die Linderung von Beschwerden (z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot, Übelkeit) zum Ziel haben.

Ich möchte ...

- ◆ ... keine Krankenhauseinweisung, die nicht die Linderung erheblicher Beschwerden zum Ziel hat.
- ◆ ... keine Operation, der nicht eine deutliche Verbesserung meiner Lebensfreude gegenüber steht.
- ◆ ... keinen neuen Zugang mehr für eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr, weder durch Mund oder Nase, noch durch die Bauchdecke oder die Venen.  
Ausnahme: Medizinische Notwendigkeit nach Schlaganfall oder unmittelbar postoperativ.  
Es ist natürlich, dass ich in dieser Phase kaum noch esse und trinke. Ich wünsche mir, dass Schleimhäute von Mund und Nase feucht gehalten werden.
- ◆ ... Eine subcutane Infusion lehne ich ab.
- ◆ ... keine Wiederbelebensversuche mehr nach einem Herz-Kreislaufstillstand.
- ◆ ... keine künstliche Beatmung mehr.
- ◆ ... keine Blutwäsche/ Dialyse mehr.
- ◆ ... Antibiotika nur als letzte Wahl, wenn ich an den Symptomen einer Infektion, besonders im Rachenraum/ obere Bronchien stark leide und eine erhebliche Erleichterung zu erwarten ist.

Diese Patientenverfügung habe ich mit klarem Verstand, mit freiem Willen und nach jahrelanger Auseinandersetzung mit diesem Thema für gut und richtig befunden und hege nicht die Absicht, sie nochmal zu ändern. Sie muss daher auch nach Jahren und Jahrzehnten von niemanden in Frage gestellt werden.

Datum

Unterschrift

## Persönliche Leitgedanken, Werte und Einstellungen

\_\_\_\_\_  
Datum,    Unterschrift



# Gesundheitsvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

mich in Angelegenheiten meiner Gesundheit zu vertreten,  
die folgenden Vertrauenspersonen je einzeln mit **Vorlage eines, meine Unterschrift enthaltenden,  
urkundlichen Originals**, mein/e

\_\_\_\_\_  
Beziehung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Beziehung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Die Bevollmächtigten dürfen in alle Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1904 Abs. 1 und 2 BGB).

Sie dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärzte und nicht ärztliches Personal gegenüber den bevollmächtigten Personen von ihrer Schweigepflicht und verpflichte sie damit zugleich, ihre Informations- und Aufklärungspflicht gegenüber den bevollmächtigten Personen wahrzunehmen.

Ich verweise auf meine **Patientenverfügung**.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r