

# Patientenverfügung

Ich, \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,  
Datum Ort

wohnhaft in \_\_\_\_\_,  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail

bestimme hiermit Folgendes für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt. Anlagen sind ggf. beigelegt.)

- 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 infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung 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 auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr 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.
- Weitere Festlegungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

**2. In allen in Kapitel 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:**

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**3. In den in Kapitel 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:**

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

**4. In den von mir in Kapitel 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht wünsche ich sterben zu dürfen und verlange**

- Keine künstliche Ernährung, weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene.
- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.

**5. Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.**

**5.1 Ich möchte Beistand durch folgende Personen:**

- \_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
  
\_\_\_\_\_  
Adresse

- \_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
  
\_\_\_\_\_  
Adresse

**5.2 Durch eine Person der Seelsorge:**

- \_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
  
\_\_\_\_\_  
Adresse

### 5.3 Durch eine Person des Hospizdienstes:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Adresse

### 6. Weitere Festlegungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

#### Bevollmächtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Adresse

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

### 6.1 Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendenausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

### 7. Abschließende Erklärung

Ich habe die Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt, Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich **nicht**, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

.....  
Diese Patientenverfügung wurde vom Sozialdienst Katholischer Frauen in Lüdinghausen und vom Seniorenbeirat der Stadt Lüdinghausen in Anlehnung an Veröffentlichungen des Bundesministeriums der Justiz im November 2010 erstellt.