

Patientenverfügung

1. Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / E-Mail (optional): _____

2. Erklärung des Willens

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr selbst bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich hiermit verbindlich,

dass sich **Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige** nach meinem hier geäußerten Willen richten sollen.

Diese Verfügung gilt insbesondere, wenn ich mich in einem Zustand befinde, in dem **keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins oder einer Besserung** meiner gesundheitlichen Situation besteht.

3. Gewünschte / abgelehnte medizinische Maßnahmen

Ich wünsche / lehne ab:

(je nach persönlicher Entscheidung bitte ankreuzen oder ergänzen)

- ☐ künstliche Beatmung
- ☐ künstliche Ernährung (z. B. Magensonde)
- ☐ Wiederbelebungsmaßnahmen
- ☐ Dialysebehandlung
- ☐ Schmerz- und Symptombehandlung auch bei möglicher Lebensverkürzung
- ☐ Antibiotikatherapie
- ☐ Bluttransfusionen
- ☐ Organerhaltende Maßnahmen
- ☐ Palliativmedizinische Behandlung zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden

4. Schmerzbehandlung und Lebensqualität

Ich wünsche in jedem Fall eine **angemessene Schmerz- und Symptombehandlung**, auch wenn diese **mein Leben verkürzen könnte**.

Meine Lebensqualität steht für mich über einer maximalen Lebensverlängerung.

5. Aufenthalt und Pflege

- ☐ Ich wünsche, soweit möglich, zu Hause gepflegt zu werden.
- ☐ Ich wünsche stationäre Pflege in einem Hospiz / Pflegeheim, falls häusliche Pflege nicht möglich ist.

6. Vertrauensperson

Ich bevollmächtige folgende Person, in meinem Sinne zu handeln und meine Wünsche gegenüber Ärzten, Kliniken und Behörden zu vertreten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Verwandtschaft / Beziehung: _____

7. Ärztliche Beratung

- ☐ Ich habe mich ärztlich über die Folgen dieser Verfügung beraten lassen.
- ☐ Ich habe auf ärztliche Beratung verzichtet.

Beratender Arzt (optional):

(Name, Anschrift, Datum, Unterschrift)

8. Widerruf

Mir ist bewusst, dass ich diese Patientenverfügung **jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen** kann – mündlich oder schriftlich.

9. Ort, Datum und Unterschrift

Ort: _____

Datum: _____

(Unterschrift der verfügenden Person)

(Unterschrift eines Zeugen oder Bevollmächtigten, falls gewünscht)

Hinweis:

Diese Vorlage dient als Orientierung und ersetzt **keine juristische oder medizinische Beratung**.

Es wird empfohlen, die Verfügung **regelmäßig (z. B. alle 2 Jahre)** zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren.

Eine notarielle Beglaubigung ist **nicht zwingend erforderlich**, kann aber zur **Rechtssicherheit** beitragen.