|  |
| --- |
| PATIENTEN-  VERFÜGUNG    Vorlage zum Ausfüllen und Ausdrucken |
|  |
| Dieses Dokument soll Sie bei der Erstellung Ihres Vorsorgeplans unterstützen, es kann keine medizinische oder rechtskundige Beratung durch einen Arzt oder ggf. einen Anwalt ersetzen.  Der Ausdruck sollte mit den Standardeinstellungen Ihres Druckers erfolgen. Manuelle Anpassungen führen möglicherweise zu einem unvollständigen Druckergebnis.  © 2022. Alle Rechte liegen bei Markt+Technik Verlag GmbH.  Nachdruck, Verbreitung oder Vervielfältigung nicht ohne Genehmigung des Verlags. |



|  |
| --- |
| WICHTIGE HINWEISE FÜR DIE BENUTZUNG – BITTE SORGFÄLTIG LESEN!Sie haben zwei Möglichkeiten, wie Sie dieses Formular bearbeiten können. Da es sich um eine komplett editierbare Datei handelt, können Sie entweder nur die grau markierten Felder mit Ihren Angaben füllen oder den gesamten Text verändern und so an Ihre individuellen Vorgaben anpassen. Die grauen Felder enthalten ggf. Hinweise oder Beispiele, was hier eingesetzt werden sollte, ansonsten sind sie leer. 1. Ausfüllen der grau markierten Felder *(empfohlen für die meisten Benutzer)*  Im Vorfeld müssen Sie sicherstellen, dass der Schreibschutz des Dokuments aktiv ist. Schalten Sie ihn ggf. so ein:   * *MS-Word bis Version 2007:* Öffnen Sie im Hauptmenü unter *Extras* den Unterpunkt *Dokumentschutz schützen*.   *(Die Menübezeichnungen können je nach Word-Version leicht variieren.)*   * *MS-Word ab 2010:* Öffnen Sie *Datei -> Informationen -> Dokument schützen -> Bearbeitung einschränken -> Bearbeitungseinschränkungen -> Schutz anwenden.* * *OpenOffice:* Öffnen Sie den Menüpunkt *Einfügen -> Bereich -> Schreibschutz* und sperren Sie den Zugriff, indem Sie das Häkchen per Mausklick setzen.   Jetzt wird die Eingabe nur in den aktiven grauen Feldern zugelassen. Zwischen diesen können Sie mit dem Mauszeiger oder schneller mit der Tab-Taste (links neben dem Buchstaben Q) wechseln. So bleiben alle Formulierungen innerhalb des Dokuments geschützt und werden nur um Ihre persönlichen Angaben ergänzt.  2. Anpassung des gesamten Formularinhalts *(möglichst nicht ohne vorherige rechtliche Beratung)*  Zum freien Editieren des vollständigen Dokumenttextes hingegen müssen Sie den Dokumentschutz aufheben. Wählen Sie hierfür im Word-Hauptmenü unter *Extras* den Untermenüpunkt *Dokumentschutz aufheben*. Hierfür wird kein Passwort verlangt. Das funktioniert wie folgt:   * *MS-Word bis Version 2007:* Öffnen Sie imHauptmenü unter *Extras* den Unterpunkt *Dokumentschutz aufheben*. * *MS-Word ab 2010:* Öffnen Sie *Datei -> Informationen -> Dokument schützen -> Bearbeitung einschränken -> Bearbeitungseinschränkungen -> Schutz aufheben.* * *OpenOffice:* Öffnen Sie den Menüpunkt *Einfügen -> Bereich -> Schreibschutz* und entfernen Sie das gesetzte Häkchen vor *Schützen*.   Wenn Sie die PDF-Version dieser Datei am PC ausfüllen möchten, wählen Sie in Ihrem PDF-Reader das Werkzeug „Ausfüllen“ oder „Unterschreiben“. Die entsprechenden Felder können dann mit Ihrem eigenen Inhalt gefüllt und die Datei anschließend auch als neue PDF-Datei gespeichert werden. |
| RECHTLICHER HINWEIS  Der Inhalt dieser Mustervorlage wurde von Experten verfasst und gesammelt. Sie soll dabei unterstützen, die notwendigen Vorkehrungen und Willenserklärungen für den Pflegefall zu treffen, um im Falle, dass man persönlich nicht mehr dazu imstande ist, seinen Willen deutlich zu machen und weiter nach seinen Vorstellungen leben zu können. Sie umfasst jedoch nicht die für jeden Einzelfall vorzunehmenden möglichen Anpassungen und muss daher mit großer, fachkundiger Sorgfalt an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Diese Anpassungen sollten speziell bei einem umfassenden und komplex zu regelnden Nachlass nur mit fachkundiger Hilfe, etwa durch einen Arzt oder ggf. auch einen Anwalt, vorgenommen werden. Sämtliche Formulierungen dieser Vorlage sind in diesem Zusammenhang als eine Hilfestellung anzusehen und besitzen keinerlei rechtsverbindliche Gültigkeit. Wenn Sie diese Vorlage als Basis für die Erstellung Ihrer Pflegevorkehrungen verwenden, übernimmt der Verlag keinerlei Haftung, auch die Haftung für leichte Fahrlässigkeit wird grundsätzlich ausgeschlossen. Wir empfehlen ausdrücklich die zusätzliche Konsultation eines medizinischen und rechtsverbindlichen Beistands Ihres Vertrauens in allen gesundheitlichen und juristischen Belangen. |

### Patientenverfügung

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VORNAME(N) UND NACHNAME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM

meinen Willen (Patientenverfügung) im Hinblick auf Untersuchungen meines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe für den Fall, dass ich einmal nicht mehr dazu in der Lage bin, diesen Willen selbst zu äußern bzw. selbst darüber zu entscheiden.

Exemplarische Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Nachfolgend sind einige exemplarische Situationen aufgeführt, in denen die Patientenverfügung gelten soll. Eine oder mehrere Situationen, in denen meine Patientenverfügung jeweils gelten soll, habe ich angekreuzt.

Diese Patientenverfügung soll gelten, wenn ich …

* mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, der aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr abgewendet werden kann.
* mich im Endstadium einer tödlichen und unheilbaren Krankheit befinde, und zwar auch dann, wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar sein sollte.
* wegen einer Schädigung meines Gehirns meine Fähigkeit aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu fällen und mit anderen Personen Kontakt aufzunehmen, und zwar auch dann, wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar sein sollte. Diese Wahrscheinlichkeit soll von mindestens zwei erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten eingeschätzt werden. Es spielt dabei keine Rolle, ob mein Gehirn direkt geschädigt wurde, z. B. durch einen Schlaganfall, einen Unfall oder eine Entzündung, oder aber indirekt, z. B. nach einem Lungenversagen, einem Schock oder einer Wiederbelebung. Mir ist bewusst, dass auch in einem solchen Zustand der Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Empfindungen zu haben, erhalten sein kann. Das Aufwachen aus diesem Zustand ist zwar unwahrscheinlich, jedoch nicht sicher auszuschließen.
* wegen eines bereits weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. im Fall einer Demenzerkrankung) nicht mehr dazu in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, und zwar auch nicht bei ausdauernder Hilfestellung.
* mich in der folgenden Situation befinde, die es mir nicht mehr ermöglicht, meinen Willen selbst zu äußern bzw. selbst zu entscheiden:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

Meine Wünsche in Bezug auf lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf lebenserhaltende Maßnahmen, dass …

* alles, was medizinisch möglich und sinnvoll ist, getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
* sämtliche lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Jedoch wünsche ich eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung und Körperpflege sowie die fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten. Mein Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls durch Hilfestellung bei der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit. Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit und andere belastende Symptome sollen gelindert werden. Meine diesbezüglichen Wünsche werden im Folgenden näher ausgeführt.

Meine Wünsche in Bezug auf die Behandlung von Schmerzen und Symptomen

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf die Behandlung von Schmerzen und Symptomen, dass die Behandlung fachgerecht erfolgt. Dabei gilt, dass …

* zur Linderung meiner Beschwerden auch eine Behandlung mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen durchgeführt werden soll, sofern alle anderen medizinischen Möglichkeiten zur Kontrolle von Schmerzen und Symptomen versagen.
* ich die unwahrscheinliche Möglichkeit in Kauf nehme, dass meine Lebenszeit durch Maßnahmen, die meine Schmerzen und Symptome lindern sollen, ungewollt verkürzt wird.
* bei der Schmerz- und Symptombehandlung KEINE Behandlung mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen durchgeführt werden soll.

Meine Wünsche in Bezug auf künstliche Ernährung und die Zufuhr von Flüssigkeit

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf künstliche Ernährung und die Zufuhr von Flüssigkeit, dass …

* eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt werden soll, um damit mein Leben zu verlängern.
* eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nur zum Zweck der Beschwerdelinderung erfolgen soll, sofern diese palliativmedizinisch angezeigt ist.
* KEINE künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll, und zwar unabhängig von der Art der künstlichen Zufuhr (z. B. venöse Zugänge oder Magensonde).

Meine Wünsche in Bezug auf Wiederbelebung

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf Wiederbelebungsmaßnahmen, dass …

* Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen.
* KEINE Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen.
* kein Notarzt bzw. keine Notärztin gerufen wird; sollte ein Notarzt bzw. eine Notärztin gerufen werden, soll dieser/diese sofort über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Nicht nur in den oben beschriebenen exemplarischen Situationen, sondern in allen Fällen, in denen ein Atemversagen oder Kreislaufstillstand eintritt, wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf Wiederbelebungsmaßnahmen, dass …

* Wiederbelebungsmaßnahmen nur dann durchgeführt werden, wenn diese Situationen im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen (z. B. bei einer Operation) unerwartet eintreten.
* KEINE Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen.

Meine Wünsche in Bezug auf künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf künstliche Beatmung, dass …

* eine künstliche Beatmung erfolgen soll, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
* KEINE künstliche Beatmung erfolgen soll bzw. eine bereits begonnene künstliche Beatmung gestoppt wird, und zwar unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente erhalte, die meine Luftnot lindern. Ich nehme hierbei in Kauf, dass diese Medikamente möglicherweise eine Bewusstseinsdämpfung bewirken und meine Lebenszeit ungewollt verkürzen könnten.

Meine Wünsche in Bezug auf künstliche Blutwäsche (Dialyse)

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf künstliche Blutwäsche (Dialyse), dass …

* eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) erfolgen soll, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
* KEINE künstliche Blutwäsche (Dialyse) durchgeführt werden soll; eine gegebenenfalls bereits begonnene Dialyse soll eingestellt werden.

Meine Wünsche in Bezug auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, dass …

* mir Blut oder Blutbestandteile verabreicht werden sollen, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
* mir Blut oder Blutbestandteile nur zum Zweck der Beschwerdelinderung verabreicht werden sollen, sofern dies palliativmedizinisch angezeigt ist.
* KEINE Gabe von Blut oder Blutbestandteilen erfolgen soll.

Meine Wünsche in Bezug auf das Verabreichen von Antibiotika

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen wünsche ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) im Hinblick auf das Verabreichen von Antibiotika, dass …

* eine Behandlung mit Antibiotika erfolgen soll, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
* eine Behandlung mit Antibiotika nur zum Zweck der Beschwerdelinderung erfolgen soll, sofern dies palliativmedizinisch angezeigt ist.
* KEINE Behandlung mit Antibiotika erfolgen soll.

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen entbinde ich die Ärztinnen und Ärzte, die mich behandeln, von ihrer Schweigepflicht gegenüber den folgenden Personen, um diese über meinen Gesundheitszustand informieren zu dürfen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine Wünsche in Bezug auf den Ort, an dem ich sterben möchte, sowie meinen Beistand

Nun erkläre ich (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) meine Wünsche für den Fall, dass ich mich im Sterbeprozess befinde.

Ich wünsche …

* zu Hause bzw. in einer vertrauten Umgebung zu sterben, sofern dies möglich ist.
* in einem Hospiz zu sterben, sofern dies möglich ist.
* zum Sterben in einem Krankenhaus untergebracht zu werden.

Als Beistand wünsche ich …

* folgende von mir benannte Person(en):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der folgenden Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* eine Sterbebegleitung aus dem Hospiz.

Zusätzliche Unterlagen

* Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sind zusätzlich zu meinen hier dargelegten Wertvorstellungen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung anzusehen.
* Ich habe eine oder mehrere Vollmachten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der /den von mir bevollmächtigten Personen besprochen. Diese liegen anbei.
* Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Die entsprechende Organspendeverfügung liegt anbei, der Organspendeausweis befindet sich in meinen persönlichen Unterlagen, die ich mitführe.

Zur Verbindlichkeit, zur Auslegung, zur Durchsetzung sowie zum Widerruf meiner Patientenverfügung

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Rechtskraft meiner Patientenverfügung und darauf, dass meine diesbezüglichen Wünsche erfüllt werden.

* Die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das gesamte Behandlungsteam sollen alle meine in dieser Patientenverfügung geäußerten Wünsche getreulich befolgen. Dafür, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird, soll meine gesetzliche Vertreterin bzw. mein gesetzlicher Vertreter (z. B. Betreuer oder Bevollmächtigter) Sorge tragen.
* Für den Fall, dass eine mich behandelnde Ärztin, ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein sollte, meinem in dieser Patientenverfügung geäußerten Patientenwillen zu folgen, soll sofort für eine anderweitige Behandlung (medizinischer und/oder pflegerischer Natur) gesorgt werden. Dafür, dass meine Behandlung nach den Vorgaben dieser Patientenverfügung organisiert wird, soll meine gesetzliche Vertreterin bzw. mein gesetzlicher Vertreter (z. B. Betreuer oder Bevollmächtigter) Sorge tragen.
* Für den Fall, dass eine Lebens- bzw. Behandlungssituation eintritt, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret genannt ist, soll mein mutmaßlicher Patientenwille von allen Beteiligten übereinstimmend ermittelt werden. Meine Patientenverfügung soll hierfür die Richtschnur bilden. Kommt es zu nicht übereinstimmenden Ansichten über die Anwendung oder Nichtanwendung ärztlicher bzw. pflegerischer Maßnahmen, soll die Ansicht folgender Person (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) besonders berücksichtigt werden:
  + meiner behandelnden Ärztin bzw. meines behandelnden Arztes
  + meiner Betreuerin bzw. meines Betreuers
  + meiner bzw. meines Bevollmächtigten
  + folgender Person: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Solange ich meine Patientenverfügung nicht widerrufe, soll mir in der konkreten Anwendungssituation keine Änderung meines Willens unterstellt werden. Kommen die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das gesamte Behandlungsteam, meine Betreuerin bzw. mein Betreuer oder meine Bevollmächtigte bzw. mein Bevollmächtigter aufgrund meiner Blicke, Gesten oder sonstigen Äußerungen zur Auffassung, dass ich einen anderen Willen über die Anwendung oder Nichtanwendung ärztlicher bzw. pflegerischer Maßnahmen gebildet habe als in meiner Patientenverfügung dargelegt, so soll von allen Beteiligten übereinstimmend ermittelt werden, ob die in meiner Patientenverfügung dargelegten Wünsche noch meinem aktuellen Patientenwillen entsprechen. Kommt es zu nicht übereinstimmenden Ansichten darüber, ob die in meiner Patientenverfügung getätigten Willensbekundungen noch meinem aktuellen Patientenwillen entsprechen, so soll die Ansicht folgender Person (meine Auswahl erfolgt durch Ankreuzen) besonders berücksichtigt werden:
  + meiner behandelnden Ärztin bzw. meines behandelnden Arztes
  + meiner Betreuerin bzw. meines Betreuers
  + meiner bzw. meines Bevollmächtigten
  + folgender Person: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Information über Betreuer(in) bzw. Bevollmächtigte(n)

In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen bitte ich um Kontaktaufnahme mit folgender Person, die ich als Betreuerin bzw. Betreuer oder als Bevollmächtigte bzw. Bevollmächtigten ausgewählt habe.

* Ich habe neben der Patientenverfügung auch eine Betreuungsverfügung erstellt, um eine Betreuerin bzw. einen Betreuer zu bestimmen, der sich unter anderem um meine Gesundheitsangelegenheiten kümmert und mit dem ich diese Patientenverfügung besprochen habe. Dies sind die Kontaktdaten der gewünschten Betreuerin bzw. des gewünschten Betreuers:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VORNAME UND NACHNAME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUFNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL-ADRESSE

* Ich habe neben der Patientenverfügung auch eine Vorsorgevollmacht erstellt, um eine Bevollmächtigte bzw. einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der sich um meine Gesundheitsangelegenheiten kümmert und mit dem ich diese Patientenverfügung besprochen habe. Dies sind die Kontaktdaten der von mir bevollmächtigten Person:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VORNAME UND NACHNAME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUFNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL-ADRESSE

Darlegung der allgemeinen Wertvorstellungen

Damit meine Patientenverfügung auch in solchen Fällen verwendet werden kann, die oben möglicherweise nicht konkretisiert wurden, lege ich in freier Formulierung meine allgemeinen Wertvorstellungen dar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aussagen, die sich auf die Rechtskraft meiner Patientenverfügung beziehen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die folgenden Aussagen, die meine Patientenverfügung rechtskräftig machen.

* Ich bin mir bewusst, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.
* Ich bin mir über die Inhalte meiner Patientenverfügung bewusst sowie über die Konsequenzen, die die in der Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen haben.
* Ich habe meine Patientenverfügung aus eigenen Stücken und ohne äußeren Druck erstellt.
* Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

Hinweise zur Aktualisierung meiner Patientenverfügung

Nun bestimme ich noch, ob die Patientenverfügung bis auf Widerruf oder bis zu einem bestimmten Datum gelten soll (die Auswahl erfolgt durch Ankreuzen).

* Diese Patientenverfügung soll so lange gelten, bis ich sie widerrufe.
* Diese Patientenverfügung soll bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datumsangabe) gelten und dann ihre Gültigkeit verlieren. Wenn ich zu diesem Datum nicht wünsche, dass die Patientenverfügung ihre Gültigkeit verliert, muss ich sie erneut mit Datum und Unterschrift bekräftigen.

Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Da eine Patientenverfügung nur dann gültig ist, sofern ich zum Zeitpunkt des Erstellens der Patientenverfügung „einwilligungsfähig“ bin, lasse ich mir die Einwilligungsfähigkeit ärztlich bestätigen. Die Einwilligungsfähigkeit kann gegebenenfalls auch notariell bestätigt werden.

* Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ist von mir am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ im Hinblick auf die Inhalte und die Konsequenzen dieser Patientenverfügung aufgeklärt worden. Er/Sie war zu diesem Zeitpunkt vollumfänglich einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT, STEMPEL DES ARZTES/DER ÄRZTIN

* In den oben beschriebenen exemplarischen Situationen verzichte ich, soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORT, DATUM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT

Sollte zusätzlich zu meinen hier dargelegten und unterzeichneten Erklärungen eine Anhörung meiner Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Person 1:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUFNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL-ADRESSE

Person 2:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUFNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL-ADRESSE

Folgende Person/en sollen nicht zu Rate gezogen werden:

Person 1:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUFNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL-ADRESSE

Person 2:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRASSE UND HAUSNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUFNUMMER

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL-ADRESSE