

### Meine Willenserklärung

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum, Geburtsort

.....  
Adresse

.....  
Telefon, Telefax, E-Mail

In Folgendem beschreibe ich meine persönlichen Wertvorstellungen und Erfahrungen in Bezug auf Lebensqualität, Krankheit, Abhängigkeit, Sterben und Tod. Sie sollen meinen behandelnden Ärzten in medizinischen Entscheidungen eine wertvolle Orientierung geben:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Auf Basis dieser Wertvorstellungen habe ich meine **Patientenverfügung** verfasst **für den Fall, dass ein/e Arzt/Ärztin mich als nicht einwilligungsfähig beurteilt**, ich also »Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) einer ärztlichen Maßnahme nicht erfassen kann« (BGH, Urteil v. 28.11.1957).

Für die nachfolgend beschriebenen medizinischen Situationen habe ich Festlegungen getroffen.



## I. Definierte Situationen im Rahmen meiner Einwilligungsunfähigkeit, in denen meine Patientenverfügung gelten soll


### ● Bei chronischer Erkrankung mit Verlust der Äußerungsfähigkeit

Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung meiner Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich vollständig verloren habe oder soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich äußern kann, nicht mehr möglich ist.

Ja  Nein

Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Ja  Nein

 **Diese Festlegungen gelten selbst dann, wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, für jede Gehirnschädigung und unabhängig von deren Ursache. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen meine Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist.**

### ● Bei einem akuten Notfall

Für Notfälle habe ich eine „Verfügung für Notfälle“ erstellt.

Ja  Nein

### ● In der letzten Lebensphase

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Ja  Nein

Wenn ich mich nach ärztlicher Feststellung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Ja  Nein

### ● In anderen Situationen

Wenn ich mich in folgender Lebenslage befinde:

.....

 **Kurzfristige Bewusstseinsstörungen, wie eine Narkose oder ein künstliches Koma nach einer Operation, sind durch diese Patientenverfügung nicht erfasst.**

## II. Festlegungen zum Umfang lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen, zu denen ich mich nicht mehr selbst äußern kann

Zur Beantwortung wählen Sie bitte Punkt A oder C bzw. für ausführlichere oder ergänzende Angaben Punkt B

**A** In den unter I. genannten Situationen wünsche ich, dass **alle** lindernden, medizinisch möglichen und angezeigten (= indizierten) Behandlungen vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten.

Ja  Nein

**B** Im Detail lege ich für die unter I. genannten Situationen Folgendes fest:

### ▶ Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation)

Bei einem Herz-Kreislaufstillstand wünsche ich ...

..., dass sofort Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen werden.

Ja  Nein

..., dass grundsätzlich keine Wiederbelebungsmaßnahmen mehr erfolgen dürfen.

Ja  Nein

### ▶ Künstliche Beatmung wünsche ich ...

..., falls dies mein Leben verlängern kann.

Ja  Nein

... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zur Linderung meines Leidens.

Ja  Nein

... grundsätzlich nicht mehr.

Ja  Nein

- ▶ **Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr<sup>1</sup>** wünsche ich ...
  - ..., falls dies mein Leben verlängern kann. Ja  Nein
  - ... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zur Linderung meines Leidens. Ja  Nein
  - ... grundsätzlich nicht mehr. Ja  Nein
- ▶ **Gabe von Blut(bestandteilen)** wünsche ich ...
  - ..., falls dies mein Leben verlängern kann. Ja  Nein
  - ... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zur Linderung meines Leidens. Ja  Nein
  - ... grundsätzlich nicht mehr. Ja  Nein
- ▶ **Künstliche Blutwäsche (Dialyse , Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren)** wünsche ich ...
  - ..., falls dies mein Leben verlängern kann. Ja  Nein
  - ... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zur Linderung meines Leidens. Ja  Nein
  - ... grundsätzlich nicht mehr. Ja  Nein
- ▶ **Gabe von Antibiotika** wünsche ich ...
  - ..., falls dies mein Leben verlängern kann. Ja  Nein
  - ... ausschließlich bei palliativmedizinischer Indikation, also zur Linderung meines Leidens. Ja  Nein
  - ... grundsätzlich nicht mehr. Ja  Nein

**C** In den unter I. genannten Situationen wünsche ich nur lindernde Maßnahmen. Gemäß den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer wünsche ich fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege, Hunger und Durst sollen – auch mit Hilfestellung – gestillt werden sowie eine menschenwürdige Umgebung, Zuwendung, Körperpflege und Linderung von belastenden Symptomen wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe. Ja  Nein

### III. Aufklärungsverzicht

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung. Ja  Nein

### IV. Mitgeltende Verfügungen

**Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung folgende Verfügungen erstellt:**

- (Vorsorge-)Vollmacht Ja  Nein

---

- Betreuungsverfügung Ja  Nein

---

- Verfügung für Notfälle (Augsburger Notfallplan)<sup>2</sup> Ja  Nein

---

- Verfügung zur Organspende Ja  Nein

### V. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informieren und beraten lassen von

.....

1 Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranke haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

2 Aufgrund der Reichweitenbeschränkung kann eine Verfügung für Notfälle nur im Zusammenhang mit einer qualifizierten Beratung erstellt werden.

## VI. Widerrufsmöglichkeit/Geltungsdauer dieser Verfügung

Mir ist die jederzeitige Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts sowie der Konsequenzen und damit der Reichweite meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Dies beinhaltet, dass ich im Falle eines Widerrufs das Original der Patientenverfügung und alle Kopien vernichte.

## VII. Vorgehen bei fehlender Bestimmtheit dieser Patientenverfügung

Gemäß dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2016 (AZ XII ZB 61/16) müssen Patientenverfügungen die konkreten ärztlichen Maßnahmen in Situationen, in denen sie gelten, **bestimmt** - also unmissverständlich und eindeutig - beschreiben. Hierauf Bezug nehmend bestätige ich, dass ich meine Behandlungswünsche in dieser Patientenverfügung nach bestem Wissen und Gewissen und gemäß § 1901a BGB versucht habe so konkret als mir irgend möglich ( also „**bestimmt**“) zu formulieren. Mir ist dabei bewusst geworden, dass ich nicht jede Behandlungssituation so konkret beschreiben kann, wie dies möglicherweise aufgrund des Urteils des Bundesgerichtshofs von mir erwartet wird.

Für genau diesen Fall, dass meine Patientenverfügung von meinen dann behandelnden Ärzten oder Zugehörigen als nicht ausreichend **bestimmt** und damit als **nicht gültig** eingestuft wird erwarte ich, dass dann unmittelbar mein mutmaßlicher Wille nach § 1901b BGB ermittelt wird: eine nicht ausreichende Bestimmtheit darf **nicht** dazu führen, dass automatisch und unbegrenzt lebensverlängernde und damit möglicherweise leidverlängernde Maßnahmen an mir vorgenommen werden.

Für den Fall fehlender Bestimmtheit meiner Patientenverfügung lege ich deswegen fest, dass für eine solche unbestimmte Situation

- im Zweifel kurative = lebensverlängernde Maßnahmen
- im Zweifel palliative = leidenslindernde Maßnahmen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung
- als mutmaßlich angenommen werden sollen.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtlinie maßgeblich sein

## VIII. Unterschrift

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu medizinischen Maßnahmen soll von den ärztlichen und pflegerischen Behandlungsteams befolgt werden. Meine bevollmächtigte Person oder Betreuer soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollten Ärzte oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner bevollmächtigten Person oder meinem Betreuer erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

## IX. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit (optional)

Herr/ Frau .....  
wurde von mir heute bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt und war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

Vertragsarztstempel