

# Patientenverfügung

(Quelle: [www.dr-brunnee.de](http://www.dr-brunnee.de), angelehnt an Vorlage aus der Betreuungsstelle Stadt Oldenburg)

## Angaben zur Verfasserin oder zum Verfasser:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)		

## An meine Familie, meinen Pastor, meine Ärzte, meinen Rechtsanwalt.

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich im jetzigen Vollbesitz meiner geistigen Kräfte folgendes:

1. Ich weiß, dass letztendlich weder ich noch die Ärzte über das Ende meines Lebens bestimmen.
2. Ich lehne aktive Sterbehilfe ab. Ich will jedoch auch nicht, dass mein Leben um jeden Preis verlängert wird.
3. Im Falle einer andauernden Bewusstlosigkeit oder einer unheilbaren und kurzfristig zum Tode führenden Krankheit wünsche ich lediglich Grundpflege und umfassende Schmerztherapie. Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte, mir dabei zu helfen.
4. Ich wünsche keine Verlängerung meines Leidens oder Sterbens durch Intensivmedizin, wenn **zwei Ärztinnen oder Ärzte** bestätigen, dass keine Heilung mehr möglich ist. Wenn eine Situation eintritt, in der keine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung meines Zustandes im Hinblick auf die Lebenserwartung mehr besteht, sollen an mir keine lebenserhaltenden Maßnahmen (z. B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusion, Medikamente) vorgenommen werden oder bereits begonnene abgebrochen werden.
5. Ich wünsche eine Ernährung durch eine Magensonde oder Magenfistel:  
 Ja       Nein
6. Bei fieberhaften Begleitinfekten wünsche ich Antibiotika:  
 Ja       Nein
7. Ich bitte in dieser Situation um:  
 persönliche       seelsorgerische Unterstützung
8. Ich wünsche, dass meine Hausärztin bzw. mein Hausarzt  
Dr. \_\_\_\_\_ verständigt wird.
9. Ich bin mit einer Obduktion zur Befunderklärung einverstanden:  
 Ja       Nein
10. Einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation  
 stimme ich zu       stimme ich nicht zu  
ggf. mit Ausnahme folgender Organe: \_\_\_\_\_
11. Zugleich stelle ich die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer Weltanschauung oder juristischen oder anderen Konsequenzen, die sich aus der Beachtung meiner oben niedergelegten Verfügungen ergeben könnten, ausdrücklich frei.
12. Können die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer Weltanschauung oder Berufsauffassung meinen Willen nicht respektieren, so verlange ich, dass die Verantwortung einem Arzt übergeben wird, der meine Verfügung respektiert. Es soll nichts getan werden, was ich ausdrücklich untersagt habe oder was die von mir gesetzten Grenzen überschreitet.

13. Sollte ich infolge schwerer körperlicher oder psychischer Erkrankungen in meiner Entscheidungsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt sein, so dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann oder will, bevollmächtige ich

Name	Vorname	Geburtsdatum

mich in den Angelegenheiten dieser Patientenverfügung zu vertreten und meine Rechte zu wahren, weil ich ihr oder ihm vertraue. Ihre oder seine Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, wie wenn ich sie selbst ausführen würde.

Die Vollmacht gilt nur, wenn die oder der Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann.

Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis bleiben auch im Falle meines Ablebens in Kraft.

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, die oder den Bevollmächtigten über meine evtl. Erkrankungen aufzuklären, um ihr ihre oder ihm seine Entscheidungen im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen, Dies bezüglich entbinde ich die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.

**Datum und Unterschrift der Verfasserin oder des Verfassers:**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Die oder der Unterzeichnende ist mir bekannt. Ich habe mich nach bestem Wissen davon überzeugt, dass sie oder er im Vollbesitz der geistigen Kräfte ist und die Patientenverfügung ohne Zwang gefertigt hat.

**Erster Zeuge:**

**Zweiter Zeuge:**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Erneute Bestätigung nach jeweils zwei Jahren:**

---

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des  
Verfassers

---

Datum, Unterschrift des  
 ersten  zweiten Zeugen - wenn möglich -

---

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des  
Verfassers

---

Datum, Unterschrift des  
 ersten  zweiten Zeugen - wenn möglich -

---

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des  
Verfassers

---

Datum, Unterschrift des  
 ersten  zweiten Zeugen - wenn möglich -

---

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des  
Verfassers

---

Datum, Unterschrift des  
 ersten  zweiten Zeugen - wenn möglich -

---

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des  
Verfassers

---

Datum, Unterschrift des  
 ersten  zweiten Zeugen - wenn möglich -

---

Datum, Unterschrift der Verfasserin oder des  
Verfassers

---

Datum, Unterschrift des  
 ersten  zweiten Zeugen - wenn möglich -