

## PATIENTENVERFÜGUNG

### Meine persönlichen Daten

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

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, -ort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

Im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und mit dem Wissen über die sich möglicherweise daraus ergebenden Folgen gebe ich folgende Willenserklärung ab, die solange Gültigkeit behalten soll, bis ich sie geändert oder widerrufen habe. Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte sowie die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter zu Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung, solange nicht konkrete oder hinreichend deutliche Hinweise vorliegen, dass ich meinen Willen zwischenzeitlich geändert habe.



## Situationen, in denen meine Verfügung gelten soll

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde, die nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte zum Tode führen wird, auch wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar ist
- wenn ich aufgrund einer Gehirnschädigung nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nicht mehr in der Lage bin, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen oder Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen. Dies gilt sowohl für direkte Gehirnschädigungen (z.B. durch Unfall oder Schlaganfall) als auch für indirekte Gehirnschädigungen (z.B. nach Wiederbelebung oder Schock).
- wenn ich unter einem weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess leide (z.B. Demenzerkrankung) und auch mit ausdauernder Betreuung nicht mehr fähig bin, mir Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zuzuführen.
- wenn ich im Koma liege ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins.
- wenn es bei mir zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)

## Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Sollte sich mein Wille nach sorgfältiger Überprüfung nicht geändert haben, soll meine ärztliche Behandlung eine palliativmedizinische Leidensminderung und keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen beinhalten. Dazu gehört eine konsequente **Schmerz- und Symptombehandlung**, auch wenn die eingesetzten Mittel dieser Behandlung bewusstseinsdämpfend sind. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Bei Eintreten der oben genannten Situationen wünsche ich

- keine künstliche Ernährung** unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung und **keine künstliche Flüssigkeitszufuhr** als Dauermaßnahme
- keine Maßnahmen zur Wiederbelebung** (Reanimation)
- keine künstliche Beatmung** bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmung, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- keine Dialyse** bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse
- Antibiotika** oder die **Gabe von Blut oder Blutbestandteilen** nur zur Linderung meiner Beschwerden
- kein fremdes Gewebe** oder **fremde Organe**, auch wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann

## Ort der Behandlung

Bei Eintreten der zuvor genannten Situationen wünsche ich,

- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt zu werden
- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu sterben
- wenn möglich, in einem Hospiz zu sterben

*(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)*

## Beistand

In meiner letzten Lebensphase möchte ich menschliche Unterstützung und Begleitung, vor allem durch:

- Mitarbeiter/innen eines Hospizdienstes \_\_\_\_\_
- meine/n Hausärztin/ - arzt \_\_\_\_\_
- meine/n Seelsorger/in \_\_\_\_\_
- die folgende Person \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

*(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)*

## Aussagen zur Verbindlichkeit und Auslegung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten befolgt werden. Meine als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln.

## Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe,

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor  
 gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

- Ich verfüge hiermit, dass ich nicht als Organspender zur Verfügung stehe.

*(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)*

## Bestätigung der Verfügung

Ich unterschreibe diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Diese Verfügung soll nicht durch meinen Tod erlöschen. Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die voranstehende Verfügung nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt habe.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Monuta Versicherungen** - Niederlassung Deutschland · Niederkasseler Lohweg 191 · 40547 Düsseldorf

Tel.: 0180 56 66 881\* · Fax: 0180 50 10 940\* · [info@monuta.de](mailto:info@monuta.de) · [www.monuta.de](http://www.monuta.de)

\*014€/Min. aus dem Festnetz der DTAG, Mobilfunk max. 0,42€/Min.

**Informationskarte zum Abtrennen**

Bitte verwahren Sie diese Karte in Ihrer Geldbörse. So erfährt der Notarzt oder das Krankenhauspersonal, dass Sie eine Patientenverfügung verfasst haben.



**Wichtige Information für den Notarzt oder das medizinische Krankenhauspersonal!**

**Meine bevollmächtigte Person für Gesundheitsfragen ist:**

Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

Wohnort, Straße

Telefon (mobil)

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

**Eine Kopie meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:**

Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

Wohnort, Straße

Telefon (mobil)



**Wichtige Information für den Notarzt oder das medizinische Krankenhauspersonal!**

**Meine bevollmächtigte Person für Gesundheitsfragen ist:**

Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

Wohnort, Straße

Telefon (mobil)

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

**Eine Kopie meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:**

Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

Wohnort, Straße

Telefon (mobil)