

## Fragebogen zur Erstellung einer Patientenverfügung

**BITTE IM FOLGENDEN ANGABEN AUSFÜLLEN bzw. ANKREUZEN**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **Hinweis:**

Die nachfolgenden Textbausteine und Hinweise dienen ausschließlich der Vorbereitung einer Patientenverfügung. Nachdem Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben, wird auf Grundlage ihrer Antworten ein endgültiger Entwurf der Patientenverfügung erstellt, den Sie dann unterschreiben müssen, um Ihre Patientenverfügung in Kraft zu setzen.

Alle nachfolgenden Textbausteine und Hinweise sind der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesjustizministeriums entnommen. Weitere Erläuterungen können Sie der Broschüre entnehmen, die Sie direkt beim Bundesjustizministerium anfordern können, oder auf der homepage unter [www.bmj.de](http://www.bmj.de) finden. Die Textbausteine verstehen sich lediglich als Anregungen und Formulierungshilfen. Sie können diese, soweit gewünscht, ändern oder ergänzen.

Bitte kreuzen Sie nachfolgend die gewünschten Varianten an und ergänzen Sie die fehlenden Informationen. Dabei ist folgendes zu beachten:

Die in Abschnitt II beschriebenen Verfügungen beziehen sich (mit Ausnahme der Verfügung zur Wiederbelebung – siehe dazu den entsprechenden Hinweis unter Abschnitt II) jeweils **nur auf den Fall**, dass eine der in Abschnitt I genannten Situationen eingetreten ist. Sie gelten **nicht** für Ihre sonstige allgemeine medizinische Versorgung.

Wenn Sie zu einzelnen Bereichen, derzeit keine Verfügung treffen wollen, können Sie diesen Abschnitt auch vollständig streichen.

## I.

**Situationen, für die die Verfügung gelten soll**

Ich bestimme mit nachfolgender Patientenverfügung, welche medizinischen Maßnahmen ich wünsche und nicht wünsche für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich mich in einer der folgenden Situationen befinde:

- Ich befinde mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess.
- Ich befinde mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Infolge einer Gehirnschädigung ist meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (*können namentlich benannt werden*) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.(1)
- Ich bin infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen.(2)



---

*[Eigene Beschreibung der Anwendungssituation*

**Anmerkung:** Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können]

(1) Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. WachkomaPatientinnen oder Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei WachkomaPatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

(2) Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

## II.

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

### Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

ODER

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.(3)

### Schmerz- und Symptombehandlung(4)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

ODER

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

(3) Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie in den nachfolgenden Punkten enthalten, kombiniert wird.

(4) Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

## Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr(5)

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

ODER

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation(6) zur Beschwerdelinderung erfolgen.

ODER

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

## Wiederbelebung(7)

1. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.

ODER

- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

2. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens(8)

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

(5) Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für WachkomaPatientinnen oder Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter [https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern\\_Leitfaden\\_2008.pdf](https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf)).

(6) Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

(7) Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

(8) **Achtung!!**Die Regelung zu dieser Ziffer 2 betrifft **nicht nur** die Wiederbelebung in den Abschnitt I aufgeführten Situationen, sondern für alle Fälle eines Kreislaufstillstands – sie ist daher besonders kritisch zu überdenken.

ODER

- lehne ich Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

### **Künstliche Beatmung**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, 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.

### **Dialyse**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### **Antibiotika**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

ODER

- keine Antibiotika.

### **Blut/Blutbestandteile**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

ODER

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

**III.****Ort der Behandlung, Beistand**

1. Ich möchte
- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- ODER
- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- ODER
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.
2. Ich möchte
- Beistand durch folgende Personen:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- hospizlichen Beistand.

**IV.****Entbindung von ärztlicher Schweigepflicht**

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V.****Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung, Widerruf**

1. Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
2. Sollte eine Ärztin oder ein Arzt 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 Vertreterin/meinem Vertreter (z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

3. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

**(Alternativen)**

- meiner/ meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/ meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- andere Person: \_\_\_\_\_

4. Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

**(Alternativen)**

- meiner/ meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/ meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- andere Person: \_\_\_\_\_

## VI.

### Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

1. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen:

Bevollmächtigter:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel/Email: \_\_\_\_\_

2. Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte/r Betreuer/Betreuerin:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel/Email: \_\_\_\_\_

## VII.

### Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.(9)

- Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

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

**(Alternativen)(10)**

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

ODER

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

(9) Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wie ein zweites Leben“ informieren rund um das Thema Organ und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per EMail unter: order@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefon beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

(10) Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Arbeitspapier\\_Patientenverfuegung\\_Organspende\\_18012013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf). Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.



## VIII. Aktualisierung

- Meine Patientenverfügung soll solange gelten, bis ich sie widerrufe.  
ODER
- Meine Patientenverfügung soll nach Ablauf von \_\_\_\_\_ (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

## IX. Ärztliche Aufklärung / Beratung

Soweit ich in meiner Patientenverfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich hiermit ausdrücklich auf eine vorherige (weitere) ärztliche Aufklärung.

Ich habe mich vor der Beantwortung dieses Fragebogens informiert bei \_\_\_\_\_ und durch \_\_\_\_\_ und beraten lassen.

## X. Schlussbemerkungen

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt.

Ich habe diesen Fragebogen für eine Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin vorgesehenen Entscheidungen bewusst. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

**Die vorstehenden Angaben beinhalten noch keine Patientenverfügung, sondern dienen nur ihrer Vorbereitung.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift]

(11) Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

