

Patientenverfügung

Gemäß § 1827 BGB · Blanko-Vorlage
Mein Teledoktor · Praxis im Chalet

1. Eingangsformel

Ich, (Vorname / Nachname): _____

geboren am: _____ in: _____

wohnhaft in: _____

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Festlegungen über medizinische Maßnahmen:

2. Situationen, für die diese Verfügung gilt

- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist (z. B. bei Wachkoma/apallisches Syndrom).
- Wenn infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit ausdauernder Hilfestellung keine Kommunikation mehr möglich ist.
- Weitere Situationen: _____

3. Festlegungen zu ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

- Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
- Ich wünsche keine lebenserhaltenden Maßnahmen (Beatmung, Dialyse, Herz-Lungen-Wiederbelebung etc.).

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, auch wenn diese als unvermeidbare Nebenwirkung das Bewusstsein oder die Lebensdauer beeinträchtigen sollte.
- Ich wünsche keine Maßnahmen, die mein Bewusstsein oder meine Lebensdauer beeinträchtigen könnten.

3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- Ich wünsche künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, auch durch Magensonde (PEG) oder Infusion.
- Ich wünsche keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden (Mundpflege, Anfeuchten der Lippen etc.).

3.4 Künstliche Beatmung

- Ich wünsche eine künstliche Beatmung, wenn diese medizinisch indiziert ist.
- Ich wünsche keine künstliche Beatmung. Bereits eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden.

3.5 Wiederbelebung

- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen.
- Ich wünsche keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

3.6 Dialyse

- Ich wünsche eine Dialyse, wenn diese medizinisch indiziert ist.
- Ich wünsche keine Dialyse.

3.7 Antibiotika

- Ich wünsche Antibiotika, sofern medizinisch indiziert.
- Ich wünsche keine Antibiotika; nur palliative Versorgung.

3.8 Blut/Blutbestandteile

- Ich wünsche die Gabe von Blut/Blutbestandteilen.
- Ich wünsche keine Gabe von Blut/Blutbestandteilen.

4. Ort der Behandlung und Beistand

- Ich möchte möglichst zu Hause / in vertrauter Umgebung sterben.
- Ich möchte in einem Hospiz betreut werden.
- Ich möchte keinen bestimmten Ort festlegen.

- Ich wünsche seelsorgerlichen Beistand (Konfession: _____).
- Ich lehne seelsorgerlichen Beistand ab.
- Meine Angehörigen sollen über meinen Zustand informiert und einbezogen werden.

5. Verbindlichkeit und Auslegung

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt der Auffassung sein, dass meine konkreten Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation nicht zutreffen, so soll die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt meine Patientenverfügung als Ausdruck meines mutmaßlichen Willens beachten und in meinem Sinne entscheiden.

6. Wertvorstellungen

Meine Werte und Überzeugungen, die meiner Patientenverfügung zugrunde liegen:

7. Bevollmächtigte/r / Betreuer/in

Ich habe zusätzlich eine Vorsorgevollmacht erteilt an:

Name: _____ Tel.: _____

Anschrift: _____

Die bevollmächtigte Person soll – soweit sie nicht ausdrücklich widerspricht – meine Patientenverfügung durchsetzen.

8. Organspende

- Ich stimme einer Organ- und Gewebeentnahme zu.
- Ich widerspreche einer Organ- und Gewebeentnahme.
- Ich überlasse die Entscheidung meiner bevollmächtigten Person.
- Folgende Einschränkungen: _____

9. Unterschrift und Aktualisierung

Ich habe diese Patientenverfügung nach sorgfältiger Überlegung und in Kenntnis der möglichen Konsequenzen verfasst. Sie soll gelten, bis ich sie widerrufe.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Aktualisierungen:

1. Datum: _____ Unterschrift: _____

2. Datum: _____ Unterschrift: _____

3. Datum: _____ Unterschrift: _____

Anhang: Wichtige Hinweise

- Diese Patientenverfügung basiert auf den Empfehlungen des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) und entspricht den Anforderungen des § 1827 BGB.
- Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden (§ 1827 Abs. 1 Satz 3 BGB).
- Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung regelmäßig (z. B. jährlich) zu überprüfen und erneut zu unterschreiben.
- Eine ärztliche Aufklärung vor der Erstellung wird dringend empfohlen.
- Bewahren Sie das Original an einem leicht auffindbaren Ort auf und informieren Sie Ihre Vertrauensperson über den Aufbewahrungsort.
- Eine notarielle Beglaubigung ist nicht erforderlich, kann aber die Verbindlichkeit stärken.
- Legen Sie idealerweise zusätzlich eine Vorsorgevollmacht und ggf. eine Betreuungsverfügung an.

Diese Vorlage wurde von Mein Teledoktor · Praxis im Chalet zur Verfügung gestellt. Sie ersetzt keine individuelle ärztliche oder rechtliche Beratung.