



**Textbausteine zum Thema:
Patientenverfügung**



Erläuterung:

Den Aufbau einer Patientenverfügung haben wir in unserem Ratgeber für Sie zusammengefasst. Die einzelnen Inhalte sind nicht unbedingt selbsterklärend und zum Teil kann es herausfordernd sein, die passenden Worte zu finden: Diese Textsammlung soll Ihnen dabei helfen, Ihre ganz individuelle Patientenverfügung zu formulieren.

Alternativ können Sie auch unsere Mustervorlage der Patientenverfügung verwenden.

1. Exemplarische Situationen, für die diese Patientenverfügung gelten soll

Hier beschreiben Sie Situationen, in denen Sie nicht mehr geschäftsfähig sind.

„Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...“

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

„Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung **[Anzahl]** erfahrener Ärztinnen oder Ärzte **[Optional: Namentlich nenenn]** aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, 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.“

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

2. Festlegungen der ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen

Ihre Haltung zu lebenserhaltende Maßnahmen:

„In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten

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.“

Ihre Haltung zur 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.“

Stellungnahme zur Gabe von Antibiotika:

„In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.“

oder

„Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.“

oder

„Ich möchte keine Antibiotika-Gabe.“

Ihre Haltung zu Blut und Blutbestandteilen:

„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

„Absolut keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.“

3. Ihre Wünsche zu Ort und Begleitung

Hier formulieren Sie, in welchen Rahmen Sie am liebsten sterben möchten.

„Ich möchte zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.“

oder

„Ich wünsche, wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu sterben.“

oder

„Ich möchte wenn möglich in einem Hospiz sterben.“

Zudem formulieren Sie Ihre Wunsch-Begleiter:innen.

„Ich möchte Beistand durch folgende Personen: *[Namen/Geburtsdatum/Kontaktdaten]*“

„Ich wünsche mir Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: *[Namen/Kontaktdaten]*“

„Ich möchte hospizlichen Beistand.“

4. Aussagen zur Verbindlichkeit, Auslegung und Durchsetzung der Verfügung

„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 **[Bevollmächtigte:r/Betreuer:in/Alternative Person]** soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.“

„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 Vertrauensperson **[Namen/Kontaktdaten]** erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.“

„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 Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **[Bevollmächtigte/Betreuende/Ärzt:innen/Alternative Personen]**“

„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 Ärzt:innen/meine Vertrauensperson 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 soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **[Namen/Geburtsdatum/Kontaktdaten]**“

5. Hinweise auf weitere Verfügungen

„Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen: **[Namen/Geburtsdatum/Kontaktdaten]**“

„Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (optional: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Person besprochen: **[Namen/Geburtsdatum/Kontaktdaten]**“

6. Hinweise auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

„Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.“

Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte: **[...]**“

7. Schlussformel und Schlussbemerkungen

„Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (optional: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender:in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, danach

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.“

oder

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.“

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

8. Ihre Haltung zur Organspende

Die Formulierung einer klassischen Schlussformel lautet:

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

Übliche Schlussbemerkungen sind:

„Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.“

„Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.“

„Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.“

„Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.“

9. Aktualität Ihrer Patientenverfügung

„Diese Patientenverfügung gilt so lange, bis ich sie widerrufe.“

oder

„Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von **[Zeitangabe]** ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.“

„Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend in vollem Umfang bzw. mit folgenden Änderungen [...]: Jeweils mit Datum und Unterschrift signiert.“

10. Zusätzliche Inhalte sind üblicherweise:

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht für Ihre behandelnden Ärzt:innen.

Bestätigung einer möglichen vorausgehenden Beratung zur Erstellung der Patientenverfügung **[Name/Kontaktdaten der beratenden Person]**

Vorliegen einer ärztlichen Aufklärung bzw. Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit **[Name/Kontaktdaten der bestätigenden Person bzw. der Ärztin oder des Arztes]**

Haftungsausschluss:

Bitte beachten Sie, dass dieser Text ein unverbindliches Muster darstellt und im konkreten Einzelfall gegebenenfalls ergänzt werden muss. Es kann in verschiedenen Fällen nicht geeignet sein, den gewünschten Zweck zu erzielen und ersetzt nicht einen anwaltlichen Rat. Bei rechtlichen Fragen sollte in jedem Fall ein Anwalt konsultiert werden. Die ÖRAG übernimmt keinerlei Haftung für Auswirkungen auf die Rechtspositionen der Beteiligten. Bitte beachten Sie zudem, dass in vielen Fällen Fristen laufen können, wenn Sie diese versäumen, bringt Ihnen das Nachteile. Das Musterschreiben erhebt keinen Anspruch auf Richtigkeit und es dient als Anregung und Hilfe für Formulierungen.

Nutzungsrecht:

Wir weisen darauf hin, dass die auf dieser Website veröffentlichten Musterformulare und / oder Musterverträge dem deutschen Urheberrecht unterliegen. Jede Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts bedürfen der vorherigen schriftlichen Zustimmung der ÖRAG. Downloads und Kopien dieser Inhalte sind nur für den rein privaten Eigengebrauch, nicht für den kommerziellen oder sonstigen Gebrauch gestattet.

Rechtsinhaber: ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG, Hansaallee 199, 40549 Düsseldorf, www.oerag.de