



## Musterformular zum Thema: Patientenverfügung

### Erläuterung:

Voraussetzung für die Erstellung einer Patientenverfügung ist, dass Sie volljährig sind, einwilligungsfähig – das heißt, Sie sich in der Lage zu verstehen, welche Folgen der mögliche medizinische Eingriff haben kann. Am Ende muss die Patientenverfügung als Text eigenhändig unterzeichnet werden.

### 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. Wir übernehmen 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 Deutschen Rechtsanwaltservice GmbH. Downloads und Kopien dieser Inhalte sind nur für den rein privaten Eigengebrauch, nicht für den kommerziellen oder sonstigen Gebrauch gestattet.

Rechtsinhaber: Deutsche Rechtsanwaltservice GmbH (D.R.S. GmbH), Hansaallee 199, 40549 Düsseldorf.

## Persönliche Daten

Ich...,	Anschrift
Vorname _____	Straße und Nr. _____
Nachname _____	PLZ _____
ggf. Geburtsname _____	Ort _____
Geburtsdatum _____	

... bringe mit dieser Verfügung meinen Willen zum Ausdruck. Über die Bedeutung und Tragweite einer Patientenverfügung habe ich mich eingehend informiert und bin mir somit ihrer Auswirkungen bewusst. Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und mich in Bezug auf meine medizinische Behandlung und Versorgung nicht mehr äußern kann, erkläre ich folgendes, **wobei ich das für meinen Willen Zutreffende mit einem „X“ markiere.**

### Für folgende Lebenssituation soll diese Verfügung gelten:

Durch eine ärztliche Diagnose oder Prognose wird festgestellt, dass mein Krankheitsleiden zum Tode führen und dieser Prozess voraussichtlich auch mit großen Schmerzen verbunden sein wird.

Wenn meine geistigen Funktionen unwiederbringlich und schwerwiegend geschädigt wurden, sodass künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben mehr möglich ist.

Wenn die Krankheit bzw. das Leiden, wobei der Zeitpunkt des Todeseintritts noch nicht absehbar ist, einen unmittelbaren und tödlichen Verlauf hat.

Wenn ich, auch mit ausdauernder Hilfestellung, nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie beispielsweise bei der sog. Demenzerkrankung oder aufgrund einer anderen Krankheitssymptomatik.

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 oder Ärzte (können namentlich benannt werden) 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.

Hier können Sie eine eigene Situationsbeschreibung anfügen, wobei nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

---

---

---

Krankheitsbilder, die den oben markierten Darstellungen von der Symptomatik und dem Verlauf ähneln, jedoch nicht aufgeführt sind, sollen auch mit umfasst sein.

eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung.

- keine schmerz- und symptomlindernden Maßnahmen. Die Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
- 
- dass mit einer künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszuführung begonnen bzw. diese weitergeführt wird.
- 
- dass keine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszuführung erfolgt, unabhängig von der Methodik der Darreichung.
- 
- dass im Falle eines akuten Herz-Kreislauf-Stillstandes in allen oben genannten Fällen keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden.
- 
- dass lebenserhaltende Maßnahmen nicht eingeleitet werden.
- 
- dass mir keine Medikamente gereicht werden, die den Todesprozess unnötig verlängern.
- 
- dass die Gabe von Blut bzw. Blutbestandteilen, welche mein Leben verlängern könnten, unterlassen wird.
- 

### Beistand am Lebensende (Vertrauensperson):

Vorname	_____	Straße und Nr.	_____
Nachname	_____	PLZ	_____
Telefon	_____	Ort	_____
Mobil	_____		
Arzt/Ärztin	_____		
Hospizdienst	_____		
Seelsorge	_____		

### Kopie dieser Verfügung haben:

<b>1. Person</b>	<b>Anschrift</b>
Vorname	Straße und Nr. _____
Nachname	PLZ _____
Telefon	Ort _____
Mobil	
<b>2. Person</b>	<b>Anschrift</b>
Vorname	Straße und Nr. _____
Nachname	PLZ _____
Telefon	Ort _____
Mobil	

