

# Spirituelle Patienten-, Pflege- und Bestattungsverfügung

## Eingangsformel

Ich ...

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

geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

## Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

### Beschreibung der möglichen Situationen

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

Die Verfügung soll gelten, wenn ...

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- 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.
- 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.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---

---

---

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

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

### Lebenserhaltende Maßnahmen

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) 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.

### Schmerz- und Symptombehandlung

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) 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.

### Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) 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 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

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

**A.** In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) wünsche ich ...

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

**B.** Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen (S. 1), sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens ...

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab. *(oder)*
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

### Künstliche Beatmung

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) 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

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) wünsche ich ...

- eine Dialyse (künstliche Blutwäsche), falls dies mein Leben verlängern kann. *(oder)*
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

### Antibiotika

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) wünsche ich ...

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. *(oder)*
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. *(oder)*
- keine Antibiotika.

### Cortison

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) wünsche ich ...

- Cortison, falls dies mein Leben verlängern kann. *(oder)*
- Cortison nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. *(oder)*
- kein Cortison.

### Blut/Blutbestandteile

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

In den oben beschriebenen Situationen (S. 1) 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.

### Ort der Behandlung, Beistand

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

Ich möchte ...

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden. *(oder)*
- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. *(oder)*
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.
- Beistand durch folgende Personen:

---

*(oder)*

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

---

*(oder)*

- hospizlichen Beistand.

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

---

---

---

---

---

### Organspende

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. (ggf.: 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 zum Ankreuzen)*

- 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.

### Weitere Vorkehrungen und individuelle Absprachen

Es ist mein Wunsch und Wille, dass folgende Angaben bei meiner Pflege eingehend berücksichtigt werden.

### Persönliches

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

1. Ich fühle mich geborgen, wenn ...

---

2. Ich schätze an meinen Freunden ...

---

---

3. Menschen faszinieren mich, wenn ...

---

4. Ich fühle mich verstanden, wenn ...

---

5. Ich fühle Einsamkeit, wenn ...

---

---

6. Ich habe große Angst vor ...

---

7. Es wäre das Schlimmste, wenn ...

---

8. Ich mag besonders, wenn ...

---

9. Ich mag gar nicht, wenn ...

---

10. Mich inspirieren Gespräche über ...

---

11. Ich liebe Düfte wie ...

---

12. Ich liebe Hautkontakt mit ...

---

13. Halt, Kraft und Sinn finde ich bei/mit ...

---

14. Ich habe immer wiederkehrende, angstbesetzte Träume ...

---

15. Es wäre für mich der größte Verlust, wenn ...

---

16. Ich lernte das meiste von/durch ...

---

17. Mein Körper ist ...

---

18. Mein Bewusstseinszustand ist ...

---

19. Folgende Rituale sind für mich bedeutungsvoll ...

---

Ich führe täglich folgende Rituale durch ...

---

20. Es gibt Träume, die ich mir nie erfüllt habe ...

---

21. Was mich am Leben erhält, ist die große Hoffnung auf ...

---

### **Spiritualität und Religion**

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

1. Spiritualität oder Religion bedeutet für mich ...

---

*(Name der Religion oder der spirituellen Richtung)*

2. Ich praktiziere täglich ...

---

*(Gebete, Mantras, Texte, Zitate, Lieder, Gesänge, Musik ...)*

3. Welchen Gegenstand/welche Gegenstände benutze ich für meine Praxis?

---

*(Rosenkranz, Mala oder andere Gegenstände)*

4. Es inspirieren mich folgende spirituelle Lehrer und Lehren ...

---

5. Ich praktiziere folgende Atem- und Körperübungen ...

---

6. Mich inspirieren folgende spirituellen Bücher, Hörbücher ...

---

---

---

7. Ich praktiziere Meditationen, Visualisationen, Fantasiereisen ...

---

---

---

8. Als persönliche Gegenstände habe ich gern um mich herum ...

---

---

*(Bilder, Fotos, Statuen, Kerzen, Düfte, Zimmerspringbrunnen, Thangkas ...)*

#### **Ernährung und Pflege**

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

1. Möchte ich, dass Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, wenn nötig mit Hilfe bei der Aufnahme?

---

2. Möchte ich, falls es keine Wasseransammlungen im Gewebe gibt, täglich eine Kochsalzinfusion über das Unterhautfettgewebe zugeführt bekommen?

---

3. In welchem Ausmaß möchte ich künstlich ernährt werden?

---

4. Möchte ich auf eine künstliche Ernährung verzichten?

---

5. Bestehen bestimmte Allergien und Unverträglichkeiten?

---

6. Möchte ich von Männern oder Frauen gepflegt werden?

---

7. Soll die Pflege nach basalen Kriterien erfolgen?

---

8. Möchte ich bei Inkontinenz mit Plastikwindeln, Einmalunterhosen mit Einlagen, Tena Pants oder mit Einlagen in eigener Unterhose versorgt werden?

---

9. Akzeptiere ich einen Dauerblasenkatheter, ein Urinal oder lieber eine Urinflasche?

---

10. Bevorzuge ich eine Bettpfanne oder einen Toilettenstuhl?

---

### Mundpflege

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

Ich möchte ...

- \_\_\_\_\_ -mal täglich die Zähne geputzt bekommen.
- ein geführtes Zähneputzen, rechtshändig. *(oder)*
- ein geführtes Zähneputzen, linkshändig.
- dass die Mundschleimhaut feucht gehalten wird durch kohlenensäurehaltiges Selterswasser. Beim Anfeuchten das Wort »Zitrone« laut und deutlich aussprechen. *(oder)*
- dass so oft wie möglich die Schleimhäute angefeuchtet werden, besonders bei offener Mundatmung und in der Phase der Auflösung des Wasserelementes. *(oder)*
- dass, falls Borken entstehen, diese nur mit Sprudel langsam aufgeweicht und gelöst werden. *(oder)*
- dass keine Nahrungsmittel wie Butter oder Backpulver zur Mundpflege verwendet werden.

### Medikamente

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

Ich wünsche ...

- bei Bedarf eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.
  - keinen Einsatz von Beruhigungsmedikamenten oder Psychopharmaka. Anstelle dieser Medikamente wünsche ich, dass ich mit naturheilkundlichen Anwendungen behandelt werde.
  - folgende alternative Behandlungsmethoden:
- 
- 

### Sucht/Suchterkrankungen

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

- Ich war in meinem Leben nach folgenden Substanzen süchtig und bitte dies bei der Medikation zu beachten:
- 
- 
-



Außerdem ist mir wichtig:

---

---

---

### **Sterbeprozess**

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

1. Ich wünsche eine Begleitung ...

---

Wenn ja, durch wen?

---

*(Seelsorger, Pfarrer, Priester, Nonne, Mönch, Freunde, Psychologen, Angehörige, Hospizhelfer ...)*

2. Wie lange wünsche ich eine Begleitung?

---

Ab wann wünsche ich eine Begleitung?

---

3. Woran möchte ich im aktiven Sterbeprozess erinnert sein?

---

*(Namen spiritueller Meister, Kraftquellen, Lieblingsplätze, Menschen, Tiere, schöne Lebenserinnerungen ...)*

4. Wo möchte ich im Sterbeprozess liegen?

---

*(zu Hause, Hospiz, Pflegeheim, Palliativstation, Krankenhaus ...)*

### **Beschaffenheit von Zimmer und Bett**

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

1. Bevorzuge ich ein geöffnetes Fenster (mit viel Frischluft im Zimmer)?

---

Soll das Bett so positioniert werden, dass ich aus dem Fenster blicken kann?

---

Gardinen geschlossen oder offen?

---

Mit Licht in der Nacht oder ohne?

---

2. Wie kalt oder warm sollte es im Raum sein?

---

3. Bevorzuge ich Düfte im Zimmer?

---

Wenn ja, welche, wann, wie oft?

---

4. Bevorzuge ich hochgezogene oder unten gelassene Bettgitter?

---

5. Benötige ich eine Triangel, um mich leichter erheben zu können?

---

6. Von welcher Seite des Bettes aus stehe ich immer auf?

---

7. An welcher Seite des Bettes soll das Nachttischchen stehen?

---

8. Welche Bettwäsche, Bettdecke, Kissen mag ich?

---

Welche Bettkleidung?

---

9. Was ist meine bevorzugte Einschlafkörperlage?

---

Oberkörper hoch?

---

Füße bedeckt oder unbedeckt, mit oder ohne Socken?

---

10. Bin ich Rechtshänder oder Linkshänder?

---

11. Habe ich eine Brille oder ein Hörgerät?

---

## Sterbephasen

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

1. Was sollte in der aktiven Sterbephase getan werden?

---

---

---

---

2. Wen möchte ich dann bei mir haben?

---

---

---

*Die aktive Sterbephase beginnt mit der Auflösung des Erdelementes, die mit starker körperlicher Unruhe einhergeht. Es geht dabei darum:*

- *die Körpergrenzen deutlich zu machen,*
- *den Sterbenden nicht anzuschneiden, nicht zu sedieren und nicht die Bettgitter hochzusetzen,*
- *den Sterbenden immer wieder aufzuklären, was mit ihm geschieht, da er diesen Prozess als existenziell und bedrohlich erlebt,*
- *mit dem Bewegungsdrang des Sterbenden mitzugehen (das heißt: Wenn er sich aufsetzen möchte, hilft man ihm, wenn er stehen möchte, wird auch dieser Wille unterstützt),*
- *wenn erwünscht spirituelle Begleitung anzubieten.*

*Darauf folgt die Phase der Auflösung des Wasserelementes, begleitet vom Todesrasseln. Wichtig ist dabei:*

- *nicht abzusaugen, auch nicht im Mund,*
- *den Mund feucht zu halten und Flüssigkeit anzubieten,*
- *den Unterkörper niedrig zu lagern, seitliche Sekretabflusslage,*
- *bei Buddhisten: den Körper in rechter, stabiler Seitenlage (60 Grad) zu positionieren,*
- *auch hier immer wieder zu erklären, was geschieht,*
- *gegebenenfalls die Reduktion von Morphin,*
- *spirituelle Begleitung anzubieten und auf Wunsch auszuführen, zum Beispiel zu beten, zu singen, vorzulesen, Hörbücher spiritueller Meister vorzuspielen.*

*Anschließend erfolgt die Auflösung des Feuelementes, begleitet von starkem Schwitzen. Dabei ist es wichtig:*

- *den Schweiß abzutupfen,*
- *die Mundpflege durchzuführen,*
- *an die religiöse oder spirituelle Dimension zu erinnern und spirituell zu begleiten.*

*Es schließt sich die Auflösung des Windelementes an, die Phase des veränderten Atems. Hierbei geht es darum:*

- *den Sterbenden an seine Religion oder spirituelle Richtung zu erinnern,*
- *da zu sein bis zum letzten Atemzug und darüber hinaus.*

## Bestattung

*(Zutreffendes bitte eintragen.)*

1. Welches Bestattungsinstitut wünsche ich?

---

2. Sollen mich Frauen oder Männer bestatten?

---

3. Wer trägt die Kosten?

---

Gibt es dafür ein Treuhandkonto?

---

4. Wo möchte ich in den Stunden oder Tagen nach dem Tod verweilen? Zu Hause oder im Kühlfach eines Krankenhauses?

---

5. Wie groß bin ich? *(Hinweis: Ab einer Körpergröße von 190 Zentimetern braucht die Bestatterin/der Bestatter einen besonderen Sarg.)*

---

6. Wieviel wiege ich? *(Hinweis: Bei starkem Übergewicht braucht die Bestatterin/der Bestatter einen besonderen Sarg.)*

---

7. Welche Kleidung möchte ich im Sarg tragen? *(Hinweis: Bei einer Verbrennung darf man alles außer Lederkleidung tragen.)*

---

8. Soll etwas in meinen Sarg mit hineingegeben werden?

---

9. Möchte ich eine Totenwache?

---

Wer soll diese durchführen?

---

Was soll derjenige tun?

---

10. Wem soll mein Tod mitgeteilt werden? Wo befinden sich die Adressen, Telefonnummern?

---

11. Soll es eine Todesanzeige geben?

---

12. Soll es Trauerkarten geben?

---

13. Wo soll die Trauerfeier stattfinden?

---

*(Bestattungsinstitut, Trauerhalle, Kirche ...)*

Soll der Sarg dabei offen oder geschlossen sein?

---

Mit der Urne?

---

14. Welche Form von Trauerfeier wünsche ich?

---

*(Blumen, Symbole, Dekoration, Musik, Texte, Lieder, Mantras, Gebete, Orgelspiel ...)*

15. Wer soll die Trauerrede halten?

---

Ist eine Trauerrede vorbereitet?

---

16. Ist ein Trauerkaffee oder etwas anderes nach der Beisetzung vorgesehen?

---

17. Welche Art von Bestattung wünsche ich?

---

*(Feuer-, Erd-, Seebestattung)*

18. Welchen Sarg wünsche ich? *(oder)*

---

19. Welche Urne wünsche ich?

---

20. Wo möchte ich bestattet werden?

---

*(Friedhof, Friedwald, Weltall, Juwel, Ausland ...)*

21. Möchte ich, dass an mein Leben erinnert wird, zum Beispiel, indem ein Baum gepflanzt, eine Schenkung gemacht oder ein Denkmal gestiftet wird? Möchte ich, dass man Ballons aufsteigen lässt? Möchte ich einen Grabstein? Möchte ich eine Webseite, auf der man sich zusammen mit anderen an mich erinnern kann?

---

---

---

22. Sollte eine Spende gemacht werden wollen: Wohin soll dieses Geld gehen?

---

---

---

### Aussagen zu Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

- 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.
- 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.
- 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:  
*(Alternativen zum Ankreuzen)*
  - meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
  - einer anderen Person:

- 
- 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 soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

*(Alternativen zum Ankreuzen)*

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
  - einer anderen Person:
- 

#### Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

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

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

Anschrift \_\_\_\_\_

---

Telefon/Telefax/E-Mail \_\_\_\_\_

---

- 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 Betreuerin/gewünschter Betreuer:

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

Anschrift \_\_\_\_\_

---

Telefon/Telefax/E-Mail \_\_\_\_\_

---

#### Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt ...

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
  - Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:
-

(Fortsetzung: Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte.)

---

---

---

---

### Schlussformel

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

### Schlussbemerkungen

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

- 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.

### Information/Beratung

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch:

---

- Ich habe mich bei der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch:

---

### Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

*(Zutreffendes bitte von behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt ausfüllen lassen.)*

Herr/Frau

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

wurde von mir am

Datum \_\_\_\_\_

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_



*(Hinweis: Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden. Das Ausfüllen der Passagen oben – »Schlussbemerkung«, »Information/Beratung«, »Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit« – sind nicht unbedingt nötig, erhöhen aber die Rechtssicherheit. Es wird daher empfohlen, anzugeben, wer einen bei der Abfassung der Patientenverfügung beraten hat: Ärztin/Arzt, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt, Notarin/Notar.)*

**Aktualisierung**

*(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

- 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: *(Alternativen zum Ankreuzen)*
  - in vollem Umfang.
  - mit folgenden Änderungen:

---

---

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_