Patientenverfügung

Ich,

geb. am wohnhaft in

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung Nachfolgendes. Dabei bin ich mir bewusst, dass mein nachfolgend erklärter Verzicht auf die Einleitung und Aufrechterhaltung lebensverlängernder und -erhaltender Maßnahmen mit der begründeten Gefahr meines Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein kann:
Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben, dass

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren Sterbeprozess befinde, oder
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder
- aufgrund einer Gehirnschädigung (bspw. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn ein Todeseintritt nicht absehbar ist, oder
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,

- (Raum für eigene Eintragungen)

verzichte ich auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung medizinischer Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung und nicht nur der Schmerz- oder Beschwerdelinderung dienen. Daher bestimme ich für den Fall, dass ich mich in einer der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen, der Gabe von Antibiotika stimme ich nur zu, wenn diese zur Linderung meiner Schmerzen und Beschwerden aus ärztlicher Sicht erforderlich sind,
- keine Operationen, etwa zur Behandlung einer Krebserkrankung, mehr durchgeführt werden,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden,
- ich nicht künstlich beatmet werde, verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen,
- ich keine künstliche Ernährung z.B. über eine Magensonde erhalte, sondern nur mein Hunger- und Durstgefühl gestillt wird,

- (Raum für eigene Eintragungen)

Dieses Muster enthält beispielhaft einige im Klinikalltag typische Situationen und ärztliche Maßnahmen.
Es ist nicht abschließend und kann von Ihnen ergänzt oder zusammengestrichen werden.

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

Für den Fall, dass in den von mir genannten Lebens- und Behandlungssituationen eine der genannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, verlange ich deren Einstellung. In jedem Fall möchte ich eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung. Insbesondere verlange ich eine palliativmedizinische Behandlung, d.h. dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten, Atemnot, Übelkeit oder Angst Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch meine Lebenszeit verkürzt werden könnte. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Pflegekräfte, Bevollmächtigte oder Betreuer bindet.

Der Arzt meines Vertrauens:	hat mich über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung aufgeklärt, in den von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen auf die benannten ärztlichen Maßnahmen zu verzichten.

Damit meine Festlegungen in der Patientenverfügung besser nachzuvollziehen sind, habe ich ergänzend als Interpretationshilfe auf einem gesonderten Blatt eine Darstellung meiner persönlichen Lebenseinstellungen beigelegt (gesondertes Blatt bitte bei Bedarf selbst ausfüllen und beilegen).

Zur Organ- und Gewebespende treffe ich folgende Aussagen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ◌ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und/oder Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken nach näherer Maßgabe des von mir ausgefüllten Organspendeausweises zu.* Mir ist bewusst, dass Organe und bestimmte Gewebe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltendem Kreislauf entnommen werden können. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organ- und/oder Gewebespender in Betracht, gestatte ich in Abweichung meiner obigen Vorgaben die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung der notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen für die Durchführung der Organ- und/oder Gewebespende.

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

Für den Fall meiner Geschäftsunfähigkeit habe ich in Ergänzung zu dieser Patientenverfügung

Herrn/Frau	geb. am
wohnhaft in	

eine Vorsorgevollmacht erteilt bzw. in einer Betreuungsverfügung benannt.

Ort, Datum	Unterschrift

Zur Aktualisierung:

Ort, Datum	Unterschrift
Ort, Datum	Unterschrift

*** Einen Organspendeausweis können Sie z.B. über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149–161, 50825 Köln beziehen.**

Hinweis Die Ärztekammer Niedersachsen empfiehlt, neben einer Patientenverfügung auch eine, zumindest Gesundheitsangelegenheiten erfassende, Vorsorgevollmacht zu erteilen.

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung