Patientenverfügung

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

1. Willenserklärung

1.1 Ich ...

Name, Vorname, Geburtsdatum *(Verfügender)*

Anschrift

Telefon *E-Mail*

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

Nicht Zutreffendes streichen: **Mustertext** ☐ **Ja** Zutreffendes ankreuzen: **Mustertext** ☒ **Nein**

1.2 Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung soll in Situationen gelten, wenn ich ...

A. ... mich nach ärztlicher Feststellung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
B. ... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
C. ... infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung meiner Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich verständlich äußern kann, **nicht mehr möglich** ist:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Meine Antwort zu **C.** gilt selbst, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist für jede Gehirnschädigung unabhängig von der Ursache. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
D. ... infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
E. Diese Verfügung soll bereits JETZT unter allen Umständen gelten, also unabhängig von besonderen Situationen, wie sie in den Punkten A bis D beschrieben worden sind. Das habe ich mir sehr gut überlegt und die Gründe dafür und dagegen angemessen abgewogen: **Außer einer hospizlich-palliativen Versorgung wünsche ich schon jetzt keinerlei Behandlungen, die nur dazu dienen mein Leben zu verlängern.**	☐ **Ja**	☐ **Nein**
F. ... ich mich in folgender Lebenslage befinde:		

.....
Datum, Unterschrift

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com Wir verwenden das generische Maskulinum für die bessere Lesbarkeit. Selbstverständlich sind stets alle Geschlechtsidentitäten gemeint.

1.3 (Vorsorge)Vollmacht und Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine (Vorsorge)Vollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung erteilt und den Inhalt mit folgender von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon | *E-Mail*

2. Krankenhauseinweisung

A. Wenn ich in den Situationen unter 1.2 ohne Krankenhausbehandlung vielleicht sterben würde, **möchte ich ins Krankenhaus eingewiesen** werden.	☐ **Ja**	☐ **Nein**
B. Ich will auf keinen Fall mehr ins Krankenhaus, meine Verweigerung soll schon **JETZT** gelten unabhängig von den Situationen unter 1.2!	☐ **Ja**	☐ **Nein**

3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen für die unter 1.2 genannten Situationen wünsche ich ...

3.1 ... folgenden Umfang lebenserhaltender und -verlängernder Maßnahmen:

Es sollen alle medizinisch möglichen und angezeigten Behandlungen vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten:	☐ **Ja**	☐ **Nein**

3.2 ... eine fachgerechte Symptombehandlung von z. B. Schmerzen, Atemnot, Unruhe usw.

A. Wenn es möglich ist, dann möchte ich gerne bewusst mein Lebensende erleben:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
B. Wenn es nötig ist, dann wünsche ich Mittel mit bewusstseinsdämpfender Wirkung:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
C. Eine ungewollte Lebensverkürzung hierdurch ist sehr unwahrscheinlich. Ich würde diese aber akzeptieren.	☐ **Ja**	☐ **Nein**

3.3 ... bzgl. künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranke haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

A. Hunger und Durst sollen nur mit Hilfe beim Essen und Trinken auf natürliche Weise gestillt werden. Es soll eine fachgerechte Mundpflege erfolgen.	☐ **Ja**	☐ **Nein**
B. Ich wünsche dann zur Lebenserhaltung eine künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitsgabe, z. B. Magensonde oder Zugängen in die Vene oder unter die Haut:	☐ **Ja**	☐ **Nein**

3.4 ... bzgl. einer Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation):

Bei einem Herz-Kreislaufstillstand in Situationen wie unter 1.2 wünsche ich, dass ...

A. ... Notruf und sofortige Wiederbelebung:	☐ **Ja**	☐ **Nein**
B. ... sollte der Rettungsdienst da sein, so ist er über meine Ablehnung einer Wiederbelebung zu informieren:	☐ **Ja**	☐ **Nein**

Datum, Unterschrift

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

Datum, Unterschrift

3.5 In Situationen wie unter 1.2 wünsche ich Beginn und/oder Fortführung folgender Behandlungen:

3.5.1 künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe …

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	☐ Ja	☐ Nein

3.5.2 künstliche Blutwäsche (Dialyse) …

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	☐ Ja	☐ Nein

3.5.3 Gabe von Antibiotika …

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	☐ Ja	☐ Nein

3.5.4 Gabe von Blut(bestandteilen) …

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	☐ Ja	☐ Nein

3.5.5 Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator …

... für den Fall, dass dieser mein Leben verlängern kann:	☐ Ja	☐ Nein
Sollte ich einen Schrittmacher und/oder Defibrillator besitzen, dann soll dieser **rechtzeitig deaktiviert** werden	☐ Ja	☐ Nein

3.6 Reine Palliation statt möglicher Lebensverlängerung:

Ich möchte, dass bei den unter 3.5.1 bis 3.5.5 und allen ähnlichen geplanten Maßnahmen diese nicht zur Lebensverlängerung eingesetzt werden sollen. Ich verlange, dass zur Leidenslinderung andere, rein palliative Maßnahmen wie zum Beispiel die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln eingesetzt werden bis hin zu einer palliativen Sedierung.	☐ Ja

4. Hinweis auf weitere geltende Unterlagen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

A. ... Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:	☐ Ja	☐ Nein
B. ... Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:	☐ Ja	☐ Nein

5. Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und Gewebe zur Transplantation …

A. ... nach ärztlicher Feststellung meines Todes zu:	☐ Ja	☐ Nein
mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:		
nur für folgende Organe/Gewebe:		

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden unumkehrbarem Ausfall wesentlicher Hirnfunktionen als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann gilt die ...

B. ... von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende:	☐ Ja	☐ Nein
C. ... Bestimmung in meiner Patientenverfügung:	☐ Ja	☐ Nein

6. Geltungsdauer dieser Verfügung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe (ich werde versuchen, künftige Änderungen oder Widerrufe möglichst schriftlich zu dokumentieren).	☐ Ja

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen

Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com

Fortsetzung auf Seite 4

7. Aussagen zu Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Patientenverfügung

Mein Vertreter kennt meinen Willen ausreichend gut. Ich will, dass er über die Behandlungsmöglichkeiten und über die Folgen seiner Entscheidung soweit aufgeklärt wird, wie er dies möchte. Er kann auf eine Aufklärung selbstverständlich auch verzichten.

Ich will, dass mein in dieser Patientenverfügung dokumentierter Wille durchgesetzt wird.

Sollten Beteiligte nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige Behandlung und/oder Unterbringung gesorgt wird. Von meinem Vertreter erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Eine Patientenverfügung kann nicht jeden möglichen Fall in alle Einzelheiten beschreiben.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die hier nicht ausreichend konkret beschrieben wurden, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst in Übereinstimmung mit allen Beteiligten zu ermitteln.

Dafür ist diese Patientenverfügung zusammen mit meinen allgemeinen früheren Äußerungen, Wertvorstellungen usw. als Richtschnur maßgeblich.

Wenn die behandelnden Personen auf Grund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen zu der Auffassung gelangen, dass ich **entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch noch behandelt oder nicht behandelt werden möchte**, dann ist möglichst in Übereinstimmung mit allen Beteiligten zu ermitteln, ob diese Festlegungen in dieser meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

Bei dauerhaft bestehenden unterschiedlichen Meinungen soll der Auffassung folgender Person, in deren Entscheidung ich besonderes Vertrauen habe, besondere Bedeutung zukommen:

☐ **A.** Bevollmächtigter		☐ **B.** Behandelnder Arzt:
☐ **C.** Andere Person:	*Name*	*Vorname*
	Kontaktmöglichkeit	

8. Widerrufsmöglichkeit

Mir ist die jederzeitige 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.	☐ **Ja**

9. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informieren und beraten lassen von ...

10. Unterschrift des Verfügenden

……..
Ort, Datum, Unterschrift

11. Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Entscheidungs- und/oder Geschäftsfähigkeit

Herr/Frau
wurde von mir heute bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt und war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

……..
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel

Wir verwenden das generische Maskulinum für die bessere Lesbarkeit. Selbstverständlich sind stets alle Geschlechtsidentitäten gemeint.

Stand 10/2026 © www.palliativstiftung.com

Nicht Zutreffendes streichen und Zutreffendes ankreuzen

WWW.CHARTA-FUER-STERBENDE.DE
Wir unterstützen die Charta