



# Vorlage + Checkliste Patientenverfügung

# Checkliste Patientenverfügung

## 1. Formale Kriterien

- Wurde die PV schriftlich verfasst?
- Enthält die PV Datum und Unterschrift des Verfassers?
- Wurde die PV mit einem Angehörigen besprochen?
- War der Verfasser zum Zeitpunkt des Aufsetzens einwilligungsfähig?
- Verstößt die PV gegen in Deutschland geltendes Recht (z.B. aktive Sterbehilfe)?
- Ist die PV auf aktuellem Stand?
- Wurden schwammige Formulierungen vermieden?
- Wurde die PV von einem Arzt kontrolliert oder notariell beglaubigt?

## 2. Inhaltliche Kriterien

- Welche Grundwerte und Vorstellungen habe ich? Was verstehe ich unter einem würdevollem Leben bzw. Sterben?
- Welche religiösen Ansichten habe ich und sollen sie bei der Behandlung berücksichtigt werden?
- In welchen konkreten Fällen soll die PV gelten?
- In welchen konkreten Fällen soll auf eine Behandlung verzichtet werden?
- Welche lebenserhaltenden Maßnahmen sollen durchgeführt oder unterlassen werden?
- Sollen Schmerzmittel verabreicht werden, auch wenn sie das Bewusstsein trüben?
- Nehme ich die Möglichkeit, dass Schmerz- und Symptombehandlungen das Leben verkürzen, in Kauf?
- Soll künstliche Ernährung durchgeführt oder unterlassen werden?

- Soll künstliche Flüssigkeitszufuhr durchgeführt oder unterlassen werden?
- Soll künstliche Beatmung durchgeführt oder unterlassen werden?
- Soll eine Dialyse durchgeführt oder unterlassen werden?
- Soll Blut transfundiert werden?
- Soll Antibiotika verabreicht werden?
- Stimme ich einer Organtransplantation zu?
- Welche Wünsche zu Aufenthalt und Begleitung habe ich?
- Was soll bei der Pflege beachtet werden?

### 3. Umgang mit der Patientenverfügung

- Wird die PV an einem leicht auffindbaren Ort aufbewahrt?
- Wurden Kopien von der PV erstellt und z.B. bei Angehörigen hinterlegt?
- Wird die PV regelmäßig aktualisiert und neu unterschrieben?

### 4. Vorsorgevollmacht

- Wurde die PV mit einer Vorsorgevollmacht verknüpft?
- Wer soll bevollmächtigt werden?
- Für welche Bereiche gilt die Vollmacht? (Gesundheitsangelegenheiten, Aufenthalt und Unterbringung, Vermögensgegenstände, behördliche Angelegenheiten)?

### 5. Betreuungsverfügung

- Wurde die PV mit einer Betreuungsverfügung verknüpft?
- Wer soll Betreuer sein?
- Wer soll unter keinen Umständen Betreuer sein?
- Soll es einen Ersatzbetreuer geben?

# Patientenverfügung

## 1. Persönliche Angaben:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

## 2. Wünsche und Wertvorstellungen

Wenn ich meinen eigenen Willen nicht mehr verständlich äußern kann, sollen sich alle, die mich begleiten, an meinen Verfügungen und Wertvorstellungen orientieren. Insbesondere am Ende meines Lebens erwarte ich, dass sie Entscheidungen nicht nach ihrem eigenen Willen treffen oder sich von dem leiten lassen, was theoretisch medizinisch machbar wäre.

Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Ängsten rund um Krankheit, Leid und Tod:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Situationen, in denen die Patientenverfügung gelten soll

Diese Verfügung soll gelten, wenn ich meinen Willen nicht mehr verständlich äußern kann und ich ...

- ... mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, bei der keine Aussicht auf Heilung besteht. Dies gilt auch, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist.
- ... mich nach ärztlicher Erkenntnis im unmittelbaren Sterbeprozess befinde und dies aller Wahrscheinlichkeit nach nicht abzuwenden ist.
- ... mich in einem fortgeschrittenen Hirnabbauprozess (z.B. Demenzerkrankung) befinde und ohne intensive Hilfestellung nicht in der Lage bin, Flüssigkeit und Nahrung auf natürliche Art und Weise zu mir zu nehmen.
- ... laut der Einschätzung von zwei erfahrenen Ärzten meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten aufgrund einer Gehirnschädigung aller Voraussicht nach unwiederbringlich verloren habe. Dies gilt sowohl für direkte Schädigung (z.B. durch Schlaganfall, Entzündungen oder Unfall) als auch für indirekte Schädigung (z.B. nach Schock, Lungenversagen oder Wiederbelebung). Mir ist bewusst, dass ein Aufwachen aus einem solchen Zustand nicht vollständig auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist und dass die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann.

---

---

---

---

---

---

---

## 4. Einleitung, Umfang und Unterlassung med. Maßnahmen

### 4.1. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich, ...

- ... dass alle medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, die mich am Leben erhalten und meine Beschwerden lindern.

**oder**

- ... dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen oder eingestellt werden und nur Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und andere Symptome palliativ gelindert werden.

### 4.2. Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich, dass Schmerzen und belastende Symptome fachgerecht behandelt werden, ...

- ... aber keine Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung eingesetzt werden, die bewusstseinsdämpfend wirken.

**oder**

- ... und das auch mit bewusstseinsdämpfenden Mitteln, wenn alle anderen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptombehandlung versagen. Dass dadurch die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit besteht, auch wenn sie unwahrscheinlich ist, nehme ich in Kauf.

#### **4.3. Künstliche Ernährung**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich, ...

- ... dass eine künstliche Ernährung durchgeführt wird, um mein Leben zu verlängern.
- ... dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr durchgeführt wird, um mein Leben zu verlängern.

**oder**

- ... dass eine künstliche Ernährung unterlassen wird.
- ... dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr unterlassen wird, es sei denn, sie dient der Beschwerdelinderung.
- ... dass eine fachgerechte Mundpflege zur Vermeidung oder Linderung von Durstgefühl durchgeführt wird.

#### **4.4. Künstliche Beatmung**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich, ...

- ... dass eine künstliche Beatmung durchgeführt wird, um mein Leben zu verlängern.

**oder**

- ... dass eine künstliche Beatmung unterlassen wird, bzw. eine begonnene künstliche Beatmung eingestellt wird, wenn ich Medikamente zur Linderung der Atemnot erhalte. Die Möglichkeit der Bewusstseinsdämpfung und der ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf.

#### **4.5. Dialyse**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich, ...

- ... dass eine Dialyse (künstliche Blutwäsche) durchgeführt wird, um mein Leben zu verlängern.

**oder**

- ... dass eine Dialyse unterlassen wird, bzw. eine begonnene Dialyse eingestellt wird.

#### **4.6. Antibiotika**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich ...

- ... Antibiotika erhalten, um mein Leben zu verlängern.

**oder**

- ... keine Behandlung mit Antibiotika erhalten, es sei denn, sie dient der Beschwerdelinderung.

#### **4.7. Blutersatzprodukte**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich ...

- ... die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, um mein Leben zu verlängern.

**oder**

- ... keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, es sei denn, sie dient der Beschwerdelinderung.



#### **4.8. Kreislaufstabilisierende Maßnahmen**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich ...

... kreislaufstabilisierende Medikamente erhalten, um mein Leben zu verlängern.

**oder**

... keine kreislaufstabilisierenden Medikamente erhalten, um mein Leben zu verlängern.

#### **4.9. Wiederbelebende Maßnahmen**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich, ...

... dass in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung durchgeführt werden, um mein Leben zu verlängern.

**oder**

... dass Versuche der Wiederbelebung unterlassen werden.

#### **4.10. Organspende**

Ich habe einen Organspendeausweis und stimme der Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken nach meinem Tod zu.

**oder**

Ich stimme der Entnahme meiner Organe zu Transplantationszwecken nach meinem Tod nicht zu.

Für den Fall, dass ich nach ärztlicher Erkenntnis bei einem sich annähernden Hirntod als Organspender infrage komme und dazu medizinische Maßnahmen erforderlich sind, die ich in dieser Verfügung ausgeschlossen habe, möchte ich, ...

... dass die Bestimmungen meiner Patientenverfügung Vorrang haben.

**oder**

... dass die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende Vorrang hat.

#### **4.11. Ergänzungen zu gewünschten oder nicht gewünschten Maßnahmen:**

## **5. Aufenthalt und Begleitung**

In den unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich ...

... nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung bleiben.

... nach Möglichkeit in einem Hospiz oder einer Pflegeeinrichtung betreut werden.

... ins Krankenhaus verlegt werden.

... seelsorgliche Begleitung erhalten.

... von folgenden Personen begleitet werden:

## 6. Verbindlichkeit und Widerruf

### 6.1. Verbindlichkeit

- Mein in dieser Patientenverfügung geäußelter Wille soll befolgt werden und ich möchte, dass der von mir erklärte Bevollmächtigte (siehe Vorsorgevollmacht) oder mein Betreuer (siehe Betreuungsverfügung) Sorge für die Umsetzung meines Willens trägt.
- Treten Situationen auf, die in meiner Patientenverfügung nicht genau geregelt sind, möchte ich, dass mein mutmaßlicher Wille ermittelt wird. Diese Verfügung soll dazu maßgeblich sein.
- Sollten der von mir erklärte Bevollmächtigte und der behandelnde Arzt sich über meinen mutmaßlichen Willen uneinig sein, möchte ich, dass der Bevollmächtigte oder mein Betreuer das Betreuungsgericht einschaltet.

### 6.2. Widerruf

- In unter 3. aufgeführten Situationen möchte ich nicht, dass aufgrund von Gesten, Blicken oder anderer Äußerungen davon ausgegangen wird, dass ich meinen Willen geändert habe.

**oder**

- Sofern ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, möchte ich nicht, dass mir eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Sollten aber behandelnde Ärzte, das Behandlungsteam und mein Bevollmächtigter oder Betreuer aufgrund von Gesten, Blicken oder anderer Äußerungen davon ausgehen, dass ich meine Meinung geändert habe, sollen sie gemeinsam ermitteln, ob mein in der Patientenverfügung angegebene Wille noch aktuell ist.

## 7. Hinweis auf Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung

- Ich habe eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit dem Bevollmächtigten über die Inhalte gesprochen.
- Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt.

## 8. Aufklärung

- Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.
- oder**
- Ich verzichte ausdrücklich auf ärztliche Aufklärung.

## 9. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir über den Inhalt meiner Patientenverfügung und über die Konsequenzen meiner Entscheidungen im Klaren bin. Ich bin im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte und habe diese Verfügung ohne äußeren Druck und in eigener Verantwortung verfasst oder bearbeitet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## 10. Hinterlegung und regelmäßige Aktualisierung

Kopien meiner Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

- |    |                      |        |                      |
|----|----------------------|--------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | Datum: | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | Datum: | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | Datum: | <input type="text"/> |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Patientenverfügung weiterhin gültig ist.**

### 1. Bestätigung

<hr/>	<hr/>
Ort, Datum	Unterschrift

### 2. Bestätigung

<hr/>	<hr/>
Ort, Datum	Unterschrift

### 3. Bestätigung

<hr/>	<hr/>
Ort, Datum	Unterschrift

### 4. Bestätigung

<hr/>	<hr/>
Ort, Datum	Unterschrift

### 5. Bestätigung

<hr/>	<hr/>
Ort, Datum	Unterschrift

# Impressum

## **seguras Media GmbH & Co. KG**

Logestraße 41 c  
27616 Beverstedt  
Deutschland

Telefon: +49 4747 – 6059960  
Telefax: +49 4747 – 6059966  
E-Mail: kontakt@seguras.de  
Internet: www.seguras-media.de

## **Bildquellen:**

- © [Lolame / Pixabay.com](#)
- © [Ahsan Alvi / Shutterstock.com](#)
- © [Monkey Business Images / Shutterstock.com](#)
- © [Cherries / Shutterstock.com](#)
- © [Ingo Bartussek / Shutterstock.com](#)
- © [fizkes / Shutterstock.com](#)
- © [fizkes / Shutterstock.com](#)

**Stand: Mai 2023**