PATIENTENVERFÜGUNG

Persönliche Verfügung nach § 1827 BGB · Fassung Oktober 2026

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Telefon (freiwillig): _____

2. Erklärung und Geltungsbereich

Für den Fall, dass ich meinen Willen zu medizinischen Maßnahmen nicht mehr selbst bilden oder verständlich äußern kann, treffe ich die nachstehenden Festlegungen. Sie gelten nur für die von mir ausgewählten Situationen und Maßnahmen. Ich kann diese Verfügung jederzeit formlos widerrufen. Nicht angekreuzte Punkte gelten als nicht festgelegt.

3. Situationen, in denen meine nachfolgenden Behandlungswünsche gelten

Bitte jede gewünschte Situation ausdrücklich ankreuzen. Die medizinische Einordnung erfolgt durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

☐ Ich befinde mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess.

☐ Ich leide an einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit im Endstadium, auch wenn der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat.

☐ Infolge einer schweren Gehirnschädigung ist meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach ärztlicher Einschätzung aller Wahrscheinlichkeit nach dauerhaft erloschen.

☐ Ich befinde mich im weit fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung und kann auch mit Unterstützung nicht mehr selbstbestimmt entscheiden.

Weitere konkrete Situationen:

_____

_____

4. Meine medizinischen Behandlungswünsche

Die folgenden Entscheidungen beziehen sich ausschließlich auf die oben angekreuzten Situationen. Bitte je Maßnahme genau eine Auswahl treffen. „Keine Festlegung“ bedeutet, dass hierzu keine verbindliche Einzelentscheidung getroffen wird.

Wiederbelebung (Herz-Lungen-Reanimation)
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Künstliche Beatmung einschließlich invasiver Beatmung
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Künstliche Ernährung (z. B. PEG-Sonde oder intravenös)
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Künstliche Flüssigkeitszufuhr (z. B. Infusion)
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Dialyse (Blutwäsche)
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Intensivmedizinische Behandlung zur Lebensverlängerung
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Antibiotika bei zusätzlich auftretenden Infektionen
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Bluttransfusionen, soweit medizinisch angezeigt
☐ Ich wünsche sie ☐ Ich lehne sie ab ☐ Keine Festlegung

Besondere Bedingungen oder abweichende Wünsche:

_____

_____

5. Pflege, Linderung und Begleitung

Unabhängig von einer Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen wünsche ich menschenwürdige Pflege, Zuwendung, Mundpflege und die medizinisch angezeigte Linderung belastender Beschwerden.

Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit und Unruhe
☐ Ja ☐ Nein ☐ Besondere Wünsche unten

Palliativmedizinische Begleitung und, wenn möglich, Hospiz- oder Palliativversorgung
☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Festlegung

Bei anders nicht ausreichend linderbaren Beschwerden bin ich mit einer ärztlich indizierten palliativen Sedierung einverstanden, auch wenn eine unbeabsichtigte Lebensverkürzung nicht sicher ausgeschlossen werden kann.
☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Festlegung

Meine besonderen Wünsche zur Symptomlinderung, Pflege oder zum Behandlungsort:

_____
_____
_____

6. Persönliche Wertvorstellungen

Was bedeutet für mich Lebensqualität? Welche Fähigkeiten, Kontakte oder Überzeugungen sind mir besonders wichtig? Was soll bei Zweifeln über meinen Willen berücksichtigt werden?

_____
_____
_____
_____
_____

7. Entscheidungen bei Unklarheiten

Falls eine Behandlungssituation nicht ausreichend konkret geregelt ist, sollen meine Behandlungswünsche oder mein mutmaßlicher Wille anhand meiner früheren Äußerungen, Überzeugungen und Wertvorstellungen festgestellt werden. Meine bevollmächtigte oder betreuende Person soll meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam zur Geltung bringen (§ 1827 BGB).

Bei schwerwiegenden Zweifeln wünsche ich, soweit möglich, eine klinische Ethikberatung.
☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Festlegung

8. Vertrauenspersonen und Vorsorgevollmacht

Bevollmächtigte Person (falls vorhanden):

_____
_____

Weitere Personen, die informiert oder einbezogen werden sollen:

_____
_____

Ich entbinde die behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonen gegenüber den nachfolgend benannten Personen im zur Information über meinen Zustand und meine Behandlung erforderlichen Umfang von ihrer Schweigepflicht:

PATIENTENVERFÜGUNG

9. Spirituelle und persönliche Begleitung

Ich wünsche auf Wunsch meiner Vertrauenspersonen seelsorgerischen oder weltanschaulichen Beistand.
☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Festlegung

Konfession / Ansprechpartner / besondere Wünsche (freiwillig):

_____

_____

10. Organ- und Gewebespende

Diese Erklärung ist mit einem etwaigen Organspendeausweis bzw. Eintrag im Organspende-Register abzugleichen. Maßgeblich ist meine jeweils gültige Entscheidung.

Meine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende
☐ Ich stimme zu ☐ Ich lehne ab ☐ Nur bestimmte Organe oder Gewebe ☐ Andere Erklärung maßgeblich

Einschränkungen / freigegebene Organe oder Gewebe:

_____

_____

Falls ich einer Organspende zustimme, dürfen medizinisch erforderliche intensivmedizinische Maßnahmen zur Feststellung der Voraussetzungen und Durchführung einer möglichen Organspende ausnahmsweise zeitlich begrenzt erfolgen, auch wenn ich sie oben sonst ablehne.
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung durch meine Vertretung nach meinem Willen

Ergänzende Angaben / vorhandener Organspendeausweis oder Registereintrag:

_____

_____

11. Obduktion

Ich bin mit einer medizinisch veranlassten Obduktion einverstanden, soweit keine zwingenden gesetzlichen Regelungen entgegenstehen.
☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Festlegung

Hinweis: Gesetzlich angeordnete Untersuchungen bleiben hiervon unberührt.

12. Bestätigung meiner Erklärung

Ich habe die vorstehenden Festlegungen nach eigener Überlegung getroffen. Mir ist bewusst, dass die Ablehnung einer medizinischen Maßnahme auch zum Tod führen kann. Ich wünsche die Beachtung meiner konkret niedergelegten Entscheidungen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der verfügenden Person: _____

Die Unterschrift ist für eine schriftliche Patientenverfügung erforderlich. Eine notarielle Beurkundung oder Zeugenunterschrift ist grundsätzlich nicht erforderlich. Eine ärztliche Beratung wird empfohlen.

13. Ärztliche Beratung (freiwillig)

Die medizinischen Folgen der ausgewählten Behandlungswünsche wurden mit mir besprochen.

Name und Funktion: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____

14. Zeugen (freiwillig)

Ich habe wahrgenommen, dass die verfügende Person diese Erklärung eigenständig abgegeben hat. Eine rechtliche oder medizinische Feststellung der Einwilligungsfähigkeit ist damit nicht verbunden.

Name: _____ Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

15. Spätere Bestätigung oder Änderung

Eine regelmäßige erneute Unterschrift ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Eine gelegentliche Überprüfung ist sinnvoll. Änderungen sollten eindeutig gekennzeichnet, datiert und unterschrieben werden.

Überprüft am: _____ ☐ unverändert bestätigt ☐ geändert (Anlage beigefügt)

Unterschrift: _____

Überprüft am: _____ ☐ unverändert bestätigt ☐ geändert (Anlage beigefügt)

Unterschrift: _____

Überprüft am: _____ ☐ unverändert bestätigt ☐ geändert (Anlage beigefügt)

Unterschrift: _____

Hinweise zur Verwendung

• Nur eine bewusst ausgewählte und unterschriebene Fassung verwenden. Widersprüchliche Antworten klären; keine Kästchen vorsorglich pauschal ankreuzen.

• Für jede gewählte Behandlungssituation prüfen, ob die Behandlungswünsche eindeutig sind. Bei unterschiedlichen Wünschen je Situation separate, unterschriebene Ergänzungen beifügen.

• Angehörige und Bevollmächtigte über Aufbewahrungsort und Inhalt informieren; Kopien behandelnden Einrichtungen zugänglich machen.

• Bei medizinischen Unsicherheiten ärztliche Beratung einholen. Für eine allgemeine Kundenverteilung wird zusätzlich eine juristische Prüfung empfohlen.

Rechtliche Orientierung: § 1827 BGB; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Textbausteine zur Patientenverfügung; Bundesärztekammer, Hinweise zu Patientenverfügung und Organspende.