



Landratsamt  
Straubing-Bogen

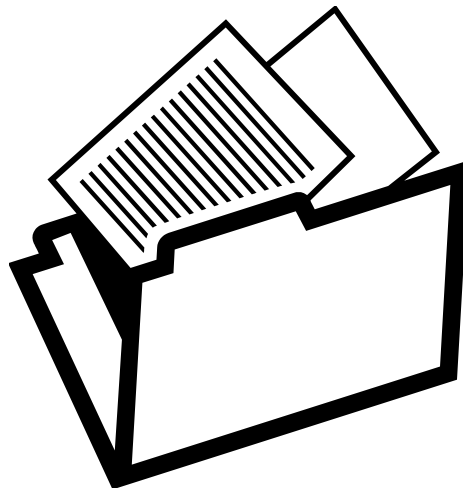


***„Zukunft selbstbewusst gestalten“***

# **Patientenverfügung**

(Vordruck mit Erläuterungen)

**Vorsorge für Zeiten einer geistigen,  
psychischen oder körperlichen  
Gebrechlichkeit im Alter, bei Krankheit  
oder nach Unfall**



Herausgegeben vom Landkreis Straubing-Bogen –Betreuungsstelle-  
Leutnerstr. 15, 94315 Straubing  
Tel.: 09421/973-310

[betreuungsstelle@landkreis-straubing-bogen.de](mailto:betreuungsstelle@landkreis-straubing-bogen.de)

Rechtsstand: Januar 2023

## **Allgemeine Hinweise**

**Vor der Abfassung einer Patientenverfügung lesen Sie bitte die folgenden Hinweise sorgfältig durch. Für Fragen und Auskünfte können Sie sich gerne an die Betreuungsstelle wenden!**

Mit einer Patientenverfügung können sie für jene Zeiten vorsorgen, in denen Sie wegen einer Einwilligungsunfähigkeit nicht mehr selbst über anstehende medizinische Maßnahmen, deren Unterlassung oder gar über einen Abbruch der Behandlung entscheiden können.

In einer solchen Verfügung treffen Sie für bestimmte, zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung noch nicht unmittelbar bevorstehende, konkrete Lebens- bzw. Krankheitssituationen Festlegungen, ob und wie Sie in diesen beschriebenen Situationen medizinisch behandelt werden möchten und welche pflegerischen Maßnahmen noch oder auch nicht mehr durchgeführt werden sollen.

Auch können Sie in einer Patientenverfügung festlegen, unter welchen Voraussetzungen eine einmal begonnene medizinische Maßnahme abgebrochen werden darf bzw. soll.

Sie können in der Patientenverfügung aber keine Festlegungen treffen, die auf eine verbotene Tötung auf Verlangen gerichtet sind oder die eine andere aktive Sterbehilfe fordern. Solche Verfügungen sind grundsätzlich unwirksam.

Eine Patientenverfügung ist unbedingt schriftlich abzufassen!

Es kann niemand zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet oder gezwungen werden.

Zum Zeitpunkt der Abfassung müssen Sie volljährig und „einwilligungsfähig“ sein.

In natürlichem Sinn einwilligungsfähig sind Sie, wenn Sie die Bedeutung, Tragweite und auch die Risiken einer Maßnahme erfassen und Ihren Willen hiernach bestimmen können. Auf die Geschäftsfähigkeit kommt es beim Abfassen einer Patientenverfügung nicht an.

Ihr in der Patientenverfügung niedergelegter Wille ist in der Regel für verbindlich, solange Sie die Verfügung nicht widerrufen.

Eine Patientenverfügung können Sie jederzeit formlos widerrufen. Der Widerruf kann also auch mündlich oder durch nonverbales Verhalten erfolgen. Für einen gültigen Widerruf muss auch keine Einwilligungsfähigkeit mehr bestehen.

Eine Aktualisierungspflicht als Wirksamkeitsvoraussetzung für eine Patientenverfügung besteht nicht.

Es empfiehlt sich aber vor Abfassung einer solchen Verfügung eine fachkundige rechtliche und ärztliche Beratung einzuholen.

Auch sollten Sie in regelmäßigen Abständen oder zumindest beim Auftauchen von schweren Krankheiten Ihre Verfügung dahingehend überprüfen, ob die darin enthaltenen Festlegungen Ihren Vorstellungen auch tatsächlich noch entsprechen oder ob die Verfügung entsprechend angepasst werden muss.

Es ist aber für die Gültigkeit einer Patientenverfügung nicht erforderlich die Unterschrift unter der Verfügung in regelmäßigen Abständen zu wiederholen oder zu bestätigen.

Eine Kopie Ihrer Patientenverfügung sollten Sie Ihrem Bevollmächtigten zur Kenntnis und Beachtung übergeben. Dieser muss auch wissen, wo Sie das Original der Verfügung verwahren.

Liegt eine eindeutige schriftliche Patientenverfügung vor, ist eine Einwilligung des Bevollmächtigten oder des Betreuers in eine konkret anstehende ärztliche Maßnahme nicht erforderlich, da diese Entscheidung ja bereits von Ihnen getroffen worden ist.

Nach den gesetzlichen Vorschriften, hat ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer bei Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung allerdings die wichtige Aufgabe zu prüfen, ob die in Ihrer Verfügung genannten Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, ob die Verfügung für die anstehende ärztliche Maßnahme eine Entscheidung enthält und ob sie noch Ihrem aktuellen Willen entspricht. Ist dies der Fall, hat der Bevollmächtigte oder der Betreuer Ihrem Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Liegt dagegen keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen in der Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Bevollmächtigte bzw. der Betreuer die Behandlungswünsche und den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine medizinische oder pflegerische Maßnahme oder Behandlung einwilligt oder eine solche untersagt.

Zur Feststellung Ihres mutmaßlichen Willens braucht der Bevollmächtigte bzw. der Betreuer individuelle, konkrete und aussagekräftige Anhaltspunkte. Er hat dabei insbesondere eventuell frühere mündliche oder auch schriftliche Äußerungen Ihrerseits, Ihre religiöse Überzeugung, Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Ihre altersbedingte Lebenserwartung oder auch das Erleiden von großen Schmerzen zu berücksichtigen. Insbesondere Aussagen von nahen Angehörigen und Vertrauenspersonen können hier sehr hilfreich sein.

Keinesfalls darf ein Behandlungsverzicht oder ein –abbruch von wirtschaftlichen Überlegungen abhängig sein.

Die Vorfrage allerdings zur Patientenverfügung bzw. zum Behandlungswunsch schlechthin ist die Indikationsstellung durch den behandelnden Arzt. Der Arzt hat zuerst zu prüfen, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Die Beurteilung der Indikation orientiert sich dabei an der Frage, welches Therapieziel mit der zur Diskussion stehenden medizinischen Maßnahme angestrebt wird und ob eine realistische Wahrscheinlichkeit besteht mit der Maßnahme dieses Ziel auch zu erreichen. Hält der behandelnde Arzt eine bestimmte Maßnahme für nicht mehr indiziert, hat diese Maßnahme zu unterbleiben. Es kommt dann nicht mehr darauf an, ob vielleicht eine Patientenverfügung vorliegt oder wie der Behandlungswunsch des Patienten wäre.

Erst wenn eine Indikation bejaht wird, hat der Arzt die beabsichtigte Maßnahme mit dem Bevollmächtigten bzw. dem Betreuer zu erörtern. Gegebenenfalls ist dann zur Feststellung des Patientenwillens bzw. zur Auslegung der Patientenverfügung nahen Angehörigen oder Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

Eine Einwilligung des Bevollmächtigten bzw. des Betreuers in eine Untersuchung, Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff muss durch das Betreuungsgericht genehmigt werden, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Bevollmächtigten bzw. des Betreuers in medizinische Maßnahme muss durch das Betreuungsgericht genehmigt werden, wenn die Maßnahme indiziert ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Eine Genehmigung der Einwilligung, Nichteinwilligung oder des Widerrufs der Einwilligung ist dann nicht erforderlich, wenn zwischen dem Bevollmächtigtem bzw. dem Betreuer und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Einwilligung, Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem festgestellten Willen des Patienten entspricht.

# PATIENTENVERFÜGUNG

**Für den Fall, dass ich,**

.....

geboren am: .....

wohnhaft in:.....

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich folgendes:**

## **1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:**

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Ja       Nein

Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen in seltensten Fällen gewisse Fähigkeiten zu Wahrnehmungen oder Empfindungen erhalten sein können und dass ein Aufwachen aus solchem Zustand niemals mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, allerdings äußerst unwahrscheinlich ist.

Ja       Nein

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht absehbar ist.

Ja       Nein

Wenn ich in Folge 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.

Ja       Nein

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

## **2. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,**

### **2.1. Lebenserhaltende Maßnahmen**

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.

Ja       Nein

### **2.2. Schmerz- und Symptombehandlung**

eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung.

Ja       Nein

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Ja       Nein

### **2.3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

mit Ausnahme bei palliativmedizinischer Indikation, 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.

Ja       Nein

### **2.4. Wiederbelebung**

die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

Ja       Nein

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

Ja       Nein

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

Ja       Nein

## 2.5. Künstliche Beatmung

außer bei palliativmedizinischer Indikation, 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.

Ja       Nein

## 2.6. Dialyse

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Ja       Nein

## 2.7. Antibiotika

grundsätzlich keine Antibiotikagabe.

Ja       Nein

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

Ja       Nein

## 2.8. Blut/Blutbestandteile

keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Ja       Nein

## 2.9. Ort der Behandlung, Beistand

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

Ja       Nein

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

Ja       Nein

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ja       Nein

### 3. Sonstiges:

Ich möchte

a. Beistand durch folgende Personen: \_\_\_\_\_

---

b. Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder

Weltanschauungsgemeinschaft: \_\_\_\_\_

Ja       Nein

c. hospizlichen Beistand.

Ja       Nein

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber einer von mir bevollmächtigten Person bzw. einem gerichtlich bestellten Betreuer.

Ja       Nein

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

Ja       Nein

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft/Ablehnung zur Organspende erklärt habe.

Ja       Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift



Sollte eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1828 Abs. 2 BGB erforderlich sein um meinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, soll folgender/ n Person/en Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

Name	Anschrift	Telefon

Folgende Personen sollen nicht zu Rate gezogen werden:

Name	Anschrift	Telefon

**Ärzte/Ärztinnen meines Vertrauens (Angabe nur zur Information):**

Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit der Verfügung.

Name	Anschrift	Telefon

**Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:**

Name	Anschrift	Telefon

(Eine Beratung ist nicht rechtlich vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber verdeutlichen, dass Sie Ihre Vorstellungen ernsthaft zum Ausdruck gebracht haben und sich der Bedeutung und Folgen Ihrer Verfügung bewusst sind.)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. etwa alle zwei Jahre) zu überprüfen und gegebenenfalls durch Unterschrift zu bestätigen.

Ort	Datum	Unterschrift