



**ST. JOSEF KRANKENHAUS**  
GMBH MOERS

# PATIENTENVERFÜGUNG



## PATIENTENVERFÜGUNG

Wir leben in einer Zeit, in der die Medizin ständig Fortschritte macht und sich fortwährend neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen. Dies birgt das Risiko einer medizinischen Überversorgung in sich, die dazu führen kann, dass ein natürlicher Sterbeprozess unnatürlich verlängert und damit Leiden verursacht wird. Solange der Patient nicht selbst anordnet, dass eine Therapie in bestimmten Situationen nicht durchgeführt oder beendet werden soll, ist der Arzt gezwungen, ihn weiter zu therapieren. Dadurch können Patienten in eine Behandlungssituation geraten, die sie eigentlich nicht wollten.

Jeder ärztliche Eingriff bedarf grundsätzlich der Einwilligung des Patienten. Diese wird in der Regel nach erfolgter ärztlicher Aufklärung vom Patienten selbst erteilt. Sollte der Patient selbst dazu nicht in der Lage sein, wird die Einwilligung durch einen von ihm bestimmten Bevollmächtigten oder hilfsweise durch einen vom Gericht bestellten Betreuer erteilt.

Solange Sie die natürliche Einsichtsfähigkeit besitzen und ansprechbar sind, haben Sie die Möglichkeit, die Geschehnisse durch Einwilligung bzw. Verweigerung der Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen zu bestimmen. Für den Fall jedoch, dass Sie in eine Situation geraten, in der Sie diese Erklärung nicht mehr persönlich abgeben können, verlieren Sie die Möglichkeit, die Dinge selbst zu steuern. **Die Patientenverfügung gibt Ihnen die Möglichkeit, für diesen Fall vorzusorgen.**



# PATIENTENVERFÜGUNG



Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine Willensäußerung, mit der Sie verbindlich festlegen, welche Behandlungsmethoden Sie ablehnen. Hierbei sollte auch ein Bevollmächtigter bestimmt werden, der Ihre Wünsche durch entsprechende Weisungen an die Ärzte umsetzt. **Empfehlenswert ist ferner, dass erkennbar ist, dass Sie sich mit dem Inhalt der Patientenverfügung auseinandergesetzt haben, insbesondere durch eine ärztliche oder juristische, z.B. notarielle Beratung.**

ES IST RATSAM, DASS DURCH EINEN ZEUGEN, Z.B. DURCH DEN BERATENDEN ARZT ODER DURCH EINE NOTARIELLE UNTERSCHRIFTSBEGLAUBIGUNG NACHGEWIESEN WIRD, DASS DIE PATIENTENVERFÜGUNG AUCH TATSÄCHLICH VON IHNEN UNTERSCHRIEBEN WURDE. DIE KOSTEN, DIE DURCH DIE EINSCHALTUNG EINES NOTARS ODER ARZTES ENTSTEHEN, BELAUFEN SICH AUF CA. 30 - 50 €.

Die Patientenverfügung ist zwischenzeitlich auch gesetzlich geregelt; ihre Verbindlichkeit ist damit unstrittig. Die Patientenverfügung muss in schriftlicher Form abgegeben werden und eine Entscheidung über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in eine bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahme enthalten.

# PATIENTENVERFÜGUNG

ES WIRD ZWISCHEN DEN ABSTRAKTEN, ALLGEMEINEN PATIENTENVERFÜGUNGEN UND DEN SPEZIELLEN, SITUATIONSANGEPASSTEN PATIENTENVERFÜGUNGEN UNTERSCHIEDEN.

Eine **SITUATIONSANGEPASSTE PATIENTENVERFÜGUNG** kann verfasst werden, wenn eine bestimmte, konkrete Erkrankung vorliegt. In diesem Fall können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt unter Berücksichtigung des voraussichtlichen Krankheitsverlaufs konkrete Regelungen für Ihre künftige Behandlung aufstellen.

Sehr viel häufiger kommt in der Praxis die **ABSTRAKTE PATIENTENVERFÜGUNG** vor, die - ohne dass eine konkrete Erkrankung vorliegt - festlegt, welche Behandlungsmethoden Sie ablehnen. Diese Patientenverfügung kann und darf sich jedoch nicht nur auf die Auflistung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sondern muss eingebettet werden in die Gesamtkrankheitssituation. In der Regel lehnt man nicht einen bestimmten ärztlichen Eingriff um seiner selbst willen ab, sondern weil dieser Eingriff in der konkreten Situation nur Leiden verlängert, ohne dass eine Aussicht auf Heilung besteht.

Bei diesen Überlegungen ist stets zu berücksichtigen, dass sich Krankheitsverläufe nie präzise vorhersagen lassen, sondern stets auf einer Prognose beruhen. Wo eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle spielen, können auch fehlerhafte Prognosen nie ausgeschlossen werden.



# PATIENTENVERFÜGUNG

Die Patientenverfügung eröffnet dann dem von Ihnen Bevollmächtigten - anhand Ihrer Vorgaben - die Möglichkeit, nicht nur die Einwilligung in die Einleitung oder Fortführung einer Therapie zu erteilen, sondern diese auch zu widerrufen sowie die Zustimmung zu konkreten Maßnahmen zu verweigern. Hierdurch besteht auch die Möglichkeit, eine ärztlich eingeleitete Fortsetzung einer lebenserhaltenden Behandlung abzulehnen, wenn dies nicht mehr Ihren Wünschen entspricht. Es ist inzwischen anerkannt, dass lebenserhaltenden Maßnahmen keineswegs mehr der absolute Vorrang einzuräumen ist, vor allen Dingen, wenn dies mit nicht unerheblichem Leiden einhergeht.

Die Patientenverfügung trifft keine automatische Aussage zu der Frage der Organspende; dies kann jedoch mit aufgenommen werden. Entsprechendes gilt für bestimmte Bestattungsarten.

In der Anlage finden Sie das Muster einer abstrakten sowie einer speziellen, situationsangepassten Patientenverfügung. Das Muster der speziellen Patientenverfügung dient jedoch allenfalls als Gesprächsgrundlage mit Ihrem behandelnden Arzt, um die einzelnen Maßnahmen individuell anzupassen.



The image shows a close-up of a hand holding a silver and blue pen, poised to write on a form titled 'PATIENTENVERFÜGUNG'. The form is white with green accents and contains several sections for personal information and medical instructions. The visible text on the form includes:

- PATIENTENVERFÜGUNG**
- Ich, die/der Unterzeichnende,*
- Name: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Anschrift: \_\_\_\_\_
- lege für den Fall, dass ich infolge von Krankheit  
sollte, meinen Willen zu bilden oder verstoßen
- 1. Ich bevollmächtige hiermit durch nachstehende**
- Name: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum / Ort: \_\_\_\_\_
- Anschrift: \_\_\_\_\_
- Name: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum / Ort: \_\_\_\_\_
- Anschrift: \_\_\_\_\_
- JEDER VON IHNEN IST EINZELN HANDLUNGSBERECHTIGT**
- isch indizierten Eingriffen für mich die  
gebnisse entsprechend § 1904 Abs. 1  
n, die Einwilligung in eine U  
n die Gefahr be  
werden

# ALLGEMEINE ABSTRAKTE PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, die/der Unterzeichnende,

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

lege für den Fall, dass ich infolge von Krankheit oder Unfall nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, folgendes fest:

## 1. Ich bevollmächtige hiermit durch nachstehende Unterschrift ausdrücklich:

Name: .....

Geburtsdatum / Ort: .....

Anschrift: .....

Name: .....

Geburtsdatum / Ort: .....

Anschrift: .....

- EIN JEDER VON IHNEN IST EINZELN HANDLUNGSBERECHTIGT -

zu medizinisch indizierten Eingriffen für mich die Zustimmung zu erteilen. Sie sollen auch die Befugnisse entsprechend § 1904 Abs. 5 BGB haben, d. h. die Befugnis der Bevollmächtigten, die Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff zu erteilen bzw. nicht zu erteilen. Dies gilt auch für den Fall, wenn die Gefahr besteht, dass diese Maßnahme zum Tode oder zu einem schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden führt.

## 2. Die nachfolgende Verfügung gilt in folgenden Situationen:

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde;
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist;
- 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 Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist;

- wenn ich infolge eines sehr 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.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. In Zweifelsfragen soll die Feststellung durch die Ethikkommission des Krankenhauses erfolgen.

**3.** In den unter Punkt 2 beschriebenen Situationen verlange ich:

- lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie
- lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- die Unterlassung von Wiederbelebensmaßnahmen bzw. die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen (wie z.B. künstlicher Beatmung oder künstlicher Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr), die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden;

**4.** Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Entscheidungsunfähigkeit eine Willensänderung unterstellt wird, solange ich diese nicht mündlich oder durch nonverbales Verhalten hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht habe.

Der Bevollmächtigte wird beauftragt und ermächtigt, diesen Wünschen Geltung zu verschaffen. Auch ein eventuell bestellter Betreuer ist an die vorstehend geäußerten Behandlungswünsche gebunden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

(Anm.: Formulierung in Anlehnung an das Bayerische Staatsministerium der Justiz, Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter, S. 29)

# SITUATIONSANGEPASSTE PATIENTENVERFÜGUNG

(bitte nur gemeinsam mit dem behandelnden Arzt ausfüllen!)

Ich, die/der Unterzeichnende,

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

lege für den Fall, dass ich infolge von Krankheit oder Unfall nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, folgendes fest:

## 1. Ich bevollmächtige hiermit durch nachstehende Unterschrift ausdrücklich:

Name: .....

Geburtsdatum / Ort: .....

Anschrift: .....

Name: .....

Geburtsdatum / Ort: .....

Anschrift: .....

- EIN JEDER VON IHNEN IST EINZELN HANDLUNGSBERECHTIGT -

zu medizinisch indizierten Eingriffen für mich die Zustimmung zu erteilen. Sie sollen auch die Befugnisse entsprechend § 1904 Abs. 5 BGB haben, d. h. die Befugnis der Bevollmächtigten, die Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff zu erteilen bzw. nicht zu erteilen. Dies gilt auch für den Fall, wenn die Gefahr besteht, dass diese Maßnahme zum Tode oder zu einem schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden führt.

## 2. Ich leide an folgender/folgenden chronischen Erkrankungen:

- fortgeschrittenes Tumorleiden
- Endzustände einer chronischen Nieren-, Herz- oder Lungenerkrankung;  
Endzustände einer chronischen Erkrankung des Verdauungstraktes
- HIV, Aids-Erkrankung



- Neurologische Erkrankungen
  - (Multiple Sklerose, ALS = Amyotrophe Lateralsklerose, M.Parkinson)
  -
- 
- 

**3. Die nachfolgende Verfügung gilt in folgenden Situationen:**

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde;
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist;
- 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 Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist;
- wenn ich infolge eines sehr 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.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. In Zweifelsfragen soll die Feststellung durch die Ethikkommission des Krankenhauses erfolgen.

**4. In den unter Punkt 3 beschriebenen Situationen verlange ich, soweit angekreuzt:**

**Symptombehandlung**

- die Behandlung von Schmerzen
- die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen
- die Behandlung von Luftnot
- die Behandlung von Stuhlverhalt
- die Behandlung von Unruhe- und Angstzuständen
- sonstige lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.

Außerdem wünsche ich:

.....

.....

.....

.....

Ich verlange die **UNTERLASSUNG** der nachfolgend im einzelnen von mir angekreuzten lebenserhaltenden Maßnahmen:

**WIEDERBELEBUNG**

- künstliche Beatmung
- Wiederbelebung, z. B. durch Herzdruckmassage

**KREISLAUFSTABILISIERENDE MEDIKAMENTE**

- Behandlung mit Blutdruck unterstützenden Medikamenten (Adrenalin, Dobutamin, Arterenol) auf der Intensivstation.

**NIERENWÄSCHE**

- kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren (z.B. Dialyse)

**KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG**

- Magensonde; PEG Ernährungssonde
- Intravenöse Ernährung

**KÜNSTUCHE FLÜSSIGKEITSZUFUHR**

- die Flüssigkeitsgabe über Vene (in Verbindung mit) oder PE(3-Ernährungssonde

**ANTIBIOTIKATHERAPIE**

- die Gabe von Antibiotika

**SONSTIGES**

- .....

5. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Entscheidungsunfähigkeit eine Willensänderung unterstellt wird, solange ich diese nicht mündlich oder durch nonverbales Verhalten hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht habe.

Der Bevollmächtigte wird beauftragt und ermächtigt, diesen Wünschen Geltung zu verschaffen. Auch ein eventuell bestellter Betreuer ist an die vorstehend geäußerten Behandlungswünsche gebunden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**KARTE BUNDESNOTARKAMMER** // Rückseite // bitte ausfüllen

Name, Vorname des Vollmachtgebers / Verfügenden	Diese Karte ersetzt nicht die Erteilung der Vollmacht.
Name, Vorname, Telefon des 1. Bevollmächtigten / Betreuers	
Name, Vorname, Telefon des 2. Bevollmächtigten / Betreuers	
Aufbewahrungsort der Urkunde	
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung	

**NOTFALLKARTE** // Rückseite // bitte ausfüllen

Name: .....
Geburtsdatum: .....
Bitte informieren Sie meinen Hausarzt (Name   Telefon)
.....
.....
und meine nächsten Angehörigen (Name   Telefon).
.....
.....



**ST. JOSEF KRANKENHAUS**  
GMBH MOERS

St. Josef Krankenhaus Moers  
Asberger Straße 4 | 47441 Moers  
Tel. 02841 107-1

[www.st-josef-moers.de](http://www.st-josef-moers.de)

Foto:  
Norbert Schürmann, Notar Dr. Jörg Buchholz

**KARTE BUNDESNOTARKAMMER** // Vorderseite // bitte ausschneiden und verwahren



Meine Vorsorgeurkunde wurde im  
Zentralen Vorsorgeregister eingetragen.

[www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de) · Telefon: 0800-35 50 500



**NOTFALLKARTE** // Vorderseite // bitte ausschneiden und verwahren

## NOTFALLKARTE

Ich besitze eine Patientenverfügung



**ST. JOSEF KRANKENHAUS**  
GMBH MOERS

