



# Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Leopoldstraße 16 • 32756 Detmold • Telefon 05231- 96 28 00  
e-mail: info@hospiz-lippe.de • Internet: www.hospiz-lippe.de

## Informationen zur Patientenverfügung für Personen **ohne Bevollmächtigten**

Immer mehr Menschen machen sich Gedanken darüber, ob sie bei schwerer Erkrankung in jedem Fall alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen wollen. Viele können sich Situationen vorstellen, in denen sie auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten wollen.

Wenn nichts vorweg bedacht und geregelt ist, können Ärzte und Angehörige am Bett eines schwerstkranken oder bewusstlosen Patienten kaum herausfinden, ob lebensverlängernde Maßnahmen in seinem Sinn wären.

Besonders belastend ist eine Situation, in der die Angehörigen/Freunde in der Einschätzung des Patientenwillens nicht einig sind oder es niemanden

gibt, der danach gefragt werden kann. Deshalb gibt es die Möglichkeit, in guten Tagen aufzuschreiben, in welchen Krankheitssituationen lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben sollen.

Selbstverständlich kann niemand Einzelheiten aller denkbaren Notsituationen im Voraus bedenken und regeln.

Daher ist es sinnvoll, eine umfassende Patientenverfügung zu verfassen und die eigenen Lebens- und Wertvorstellungen darzulegen. Einen Vordruck, den der Verein mit Hilfe von Ärzten und Juristen erarbeitet hat, finden Sie anbei. Auf einem Beiblatt können Sie weitere Erklärungen zu Ihren persönlichen Wertvorstellungen/Lebenseinstellungen anfügen. →

### 2 Faltkarten für Handschuhfach und Portmonee (bitte einfach ausschneiden)

#### Ich habe eine Patientenverfügung.

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

#### Ich habe eine Patientenverfügung.

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille ist in allen Situationen, in denen der Betroffene seine Anliegen nicht mehr selbst vertreten kann, unbedingt zu respektieren. Der Arzt muss nicht alles tun, was der Patient verlangt, aber er darf nichts tun, was der Patient ausdrücklich nicht will.

Falls der behandelnde Arzt trotz vorliegender Patientenverfügung die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung für den Bereich der Gesundheitsversorgung für notwendig hält, ist der hier dargelegte Wille durch den gesetzlichen Betreuer umzusetzen.

## WAS IST ZU TUN?

1. Sie entscheiden sich, eine persönliche Patientenverfügung haben zu wollen.
2. Sie informieren sich eventuell über verschiedene Musterformulierungen.
3. Sie entscheiden sich für eine Patientenverfügung, die zu Ihren Vorstellungen und zu Ihrer Lebenseinstellung passt.
4. Sie unterschreiben Ihre Patientenverfügung. Sie können sich diese Unterschrift von einem Zeugen/behandelnden Arzt bestätigen lassen.
5. Sie sollten Ihren Hausarzt/behandelnden Arzt über Ihre Patientenverfügung informieren und dort, nach Möglichkeit, eine Kopie hinterlegen.
6. Sie legen Ihre Patientenverfügung auffindbar zu Ihren persönlichen Papieren. (z. B. Familienstammbuch, Testament etc.)
7. Sollten Sie Organspender sein, sollte ein Formular „Erklärung zur Organspende“ von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben dazu gelegt werden.

## WICHTIGE HINWEISE

- Im unvorhersehbaren Notfall unter Zeitdruck (z. B. Unfall) findet selbstverständlich zunächst eine Erstversorgung statt. Bei der Weiterbehandlung wird dann im Sinn der Patientenverfügung gehandelt.
- Die Patientenverfügung muss nicht notariell beglaubigt werden.
- Sie muss nicht in Abständen erneut unterschrieben werden. Gelegentlich sollte überlegt werden, ob die Patientenverfügung unverändert gelten soll. Änderungen sind jederzeit möglich, müssen jedoch zusätzlich unterschrieben werden.

Ich habe eine Patientenverfügung.  
Bitte benachrichtigen Sie im Falle meiner Bewusstlosigkeit:

Name \_\_\_\_\_

Meine Patientenverfügung  
befindet sich: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich habe eine Patientenverfügung.  
Bitte benachrichtigen Sie im Falle meiner Bewusstlosigkeit:

Name \_\_\_\_\_

Meine Patientenverfügung  
befindet sich: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Vorname, Name

Geburtsdatum

Ich möchte nicht in jedem Fall alle verfügbaren medizinischen Möglichkeiten nutzen und möchte möglichst in einer mir vertrauten Umgebung sterben. Alle, die dann zuständig oder in meiner Nähe sind, bitte ich, mir im Sinne dieser Verfügung beizustehen. Grundsätzlich ist es mir wichtiger, der letzten Phase meines Lebens mehr Qualität zu geben, als die letzte Zeit unter Verlust von Lebensqualität zu verlängern. Aktive Sterbehilfe lehne ich ab.

## Lebensverlängernde Maßnahmen und Wiederbelebungsversuche lehne ich ab, falls ich mit hoher Wahrscheinlichkeit unumkehrbar ...

- ... im Sterbeprozess bin.
- ... das Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit erreicht habe.
- ... bewusstlos oder im Wachkoma bin.
- ... so schwer hirngeschädigt bin, dass meine Fähigkeiten, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und darüber mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, erloschen sind. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann.
- ... infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses – z.B. bei einer Demenzerkrankung – auch mit ausdauernder und wiederholender Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- ... in einen Zustand geraten bin, in dem ich Liebe, Zuwendung und Fürsorge nicht mehr mit positiven Empfindungen annehmen kann.
- ... durch seelische oder körperliche Qualen meine Zustimmung zum Weiterleben verloren habe.

Weiteren Untersuchungen stimme ich in diesen Situationen nur zu, sofern sie zur Linderung von Qualen notwendig sind.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend behandelt werden, auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht.

Ich bitte um lindernde Pflege und palliative Versorgung, insbesondere ausreichende Schmerztherapie, unabhängig von allen denkbaren Nebenwirkungen. In allen oben beschriebenen Punkten lehne ich künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe – außer zur Beschwerdelinderung – ab. Zur Vermeidung des Durstgefühls, erbitte ich eine gute Mundpflege.

Mir ist bewusst, dass der weitere Verlauf einer Krankheit nicht mit absoluter Sicherheit vorhersehbar ist. Auch nehme ich das Restrisiko eines Irrtums bei der Auffindung meines mutmaßlichen Willens in Kauf.

Ich habe mit folgenden Personen über den Inhalt meiner Patientenverfügung gesprochen:

Vorname, Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Vorname, Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Falls eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, ist meine Betreuerin/mein Betreuer verpflichtet, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen bei allen für mich zu treffenden Entscheidungen zu beachten.

Allen, die bereit sind, meine Haltung zu respektieren und die Folgen meiner Entscheidungen mitzutragen, danke ich sehr.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Solange sie sich bei meinen persönlichen Unterlagen befindet, soll sie Geltung haben. Ich wünsche, dass mir in der akuten Situation nicht eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Ort / Datum

Vorname, Name

Geburtsdatum

Meine vollständige Unterschrift

Diese Patientenverfügung ist nach den § 1901 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggfs. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden. Eine Missachtung ist als Körperverletzung strafbar.

Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1904 BGB).

### Bestätigung der Unterschrift durch einen Zeugen/ ggfs. Arzt

Ich bestätige, dass Herr/Frau

diese Patientenverfügung eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort / Datum

Vorname, Name

Straße

PLZ / Ort

Unterschrift des Zeugen / ggfs. Arztes

### Als Anlagen füge ich bei:

- Erklärung zur Organspende
- Meine persönlichen Wertvorstellungen/Lebens-einstellungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Auskünfte erteilt kostenlos: Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.**

Leopoldstraße 16  
32756 Detmold  
☎ 05231 - 962800

Lange Straße 9  
32105 Bad Salzufen  
☎ 05222 - 3639310

Kramerstraße 10  
32657 Lemgo  
☎ 05261 - 777383

Extertal  
☎ 05262 - 995558

**Unser Spendenkonto: IBAN: DE12 4765 0130 0106 0092 85 SWIFT-BIC: WELADE3LXXX**