

A photograph of an elderly couple sitting at a wooden table. The man has a white beard and is wearing a green shirt. The woman has short blonde hair, wears red-rimmed glasses and a grey knitted sweater. They are both smiling and looking towards the right. The background shows a window with green foliage outside and a wooden wall.

# Muster von immoverkauf24 Patientenverfügung

---

Stand: März 2019

**HINWEIS**

In diesem Dokument stehen Ihnen Textbausteine für die Formulierung Ihrer individuellen Patientenverfügung zur Verfügung. Die Textbausteine verstehen sich als Anregung und Formulierungshilfe.

Bei mehrseitigen Dokumenten sollten die einzelnen Seiten fest miteinander verbunden sein (z.B. durch Heftklammern). Wenn möglich, sollte die Download-Vorlage doppelseitig ausgedruckt werden.

**Bitte lesen:**

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen verzichtet werden sollte. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche der Verfasser in den beschriebenen Situationen hat (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3).

Auch vor dem Hintergrund der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Beschluss vom 6. Juli 2016 - [XII ZB 61/16](#)) sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z.B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z.B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor zu beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch 2.1).

**HINWEIS**

Es ist ratsam, sich bei der Erstellung einer Patientenverfügung von einem Arzt / einer Ärztin oder anderem medizinisch geschultem Personal beraten zu lassen.

**1. Meine Motivation dieser Patientenverfügung sowie meine Wünsche und Werte**

Ich, (Name, Vorname)	<input type="text"/>		
(Geburtsort)	<input type="text"/>	(Geburtsdatum)	<input type="text"/>
(Adresse)	<input type="text"/>		
(Telefon, Telefax, E-mail)	<input type="text"/>		
bevollmächtigte hiermit folgende Person:			

**1.1 Hinweis zu meinen aktuell bekannten Krankheiten und meinen Befürchtungen bezüglich Krankheit, Leiden und Sterben**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**2. Die Verfügung soll in folgenden Situationen gelten:**

Wenn ich mich aller ärztlicher Erkenntnis nach unabwendbar und unmittelbar im Sterbeprozess befinde.
Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
Wenn ich infolge einer direkten oder indirekten Gehirnschädigung aller Wahrscheinlichkeit nach und nach gründlicher Erkenntnis zweier erfahrener Ärzte / Ärztinnen, keine Fähigkeiten mehr besitze, die es mir ermöglichen, Einsichten zu gewinnen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten oder Entscheidungen zu treffen. Mir ist dabei bewusst, dass meine Fähigkeiten Empfindungen wahrzunehmen in solchen Situationen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand zwar unwahrscheinlich, aber nicht ganz auszuschließen ist (Siehe dazu Hinweis 1. Die Hinweise befinden sich im Anhang).
Wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses nicht mehr in der Lage bin, auch mit hinreichender Hilfe Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen (Siehe dazu Hinweis 2).

**2.1 Eigene Beschreibungen von Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll:**

Hier sollten Sie nur Situationen aufführen, die eine Einwilligungsunfähigkeit mit sich bringen.

**3. Bestimmungen bezüglich Einleitung, Umfang und / oder Beendigung medizinischer Handlungen**

In den vorher beschriebenen Situationen erwarte ich,

dass alle medizinisch möglichen und sinnvollen Maßnahmen eingeleitet werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden und Schmerzen zu lindern.

**ODER**

dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen bzw. eingestellt werden. Hunger und Durst sollen nur auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. durch Unterstützung von anderen Personen. Es sollen belastende Symptome wie z.B. Atemnot, Übelkeit, Unruhe, Angst und Schmerzen gelindert werden. Ich wünsche zudem eine menschenwürdige Unterbringung, fachgerechte Körperpflege und Zuwendung.

(Siehe dazu Hinweis 3)

Bezüglich der vorher beschriebenen Situationen wünsche ich fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber ohne den Einsatz von bewusstseinsdämpfenden Mitteln, da eine bewusste Beziehung zur Umwelt vorrangig für mich ist.

**ODER**

sowie Mittel mit bewusstseinsdämpfender Wirkung zur Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden, sollten alle sonstigen medizinischen Behandlungen zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen.

(Siehe dazu Hinweis 4)

**3.1 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass keine künstliche Ernährung oder künstliche Flüssigkeitszufuhr, unabhängig von der Form ihrer Zuführung, vorgenommen wird, um mein Leben zu verlängern (Siehe dazu Hinweis 5).

**ODER**

dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen bzw. weitergeführt wird, um mein Leben zu verlängern.

**ODER**

dass nur bei schmerzlindernden Indikationen, eine künstliche Ernährung oder künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen bzw. weitergeführt wird. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

### 3.2 Wiederbelebensmaßnahmen

**Variante A:** In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

ausdrücklich, dass alle Maßnahmen zur Wiederbelebung unterlassen werden.

**ODER**

dass Wiederbelebensmaßnahmen unterlassen werden und dass kein Notarzt verständigt wird. Geschieht dies dennoch, ist er unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen zu informieren.

(Siehe dazu Hinweis 6)

**Variante B:** In allen Fällen eines Atemversagens oder eines Kreislaufstillstands und allen vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

die Unterlassung von Wiederbelebensmaßnahmen.

**ODER**

die Unterlassung von Wiederbelebensmaßnahmen, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Behandlungen und medizinischer Maßnahmen (z.B. Operationen) eintreten.

### 3.3 Künstliche Beatmung

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

falls dies mein Leben verlängern kann, künstlich beatmet zu werden.

**ODER**

nicht künstlich beatmet zu werden. Falls bereits eine künstliche Beatmung eingeleitet wurde, soll diese, unter der Voraussetzung, dass ich Mittel zur Linderung der Luftnot erhalte, eingestellt werden. Einer möglichen, ungewollten Verkürzung meines Lebens durch diese Mittel oder dem Eintritt bewusstseinsdämpfende Effekte bin ich mir bewusst.

### 3.4 Dialyse (künstliche Blutwäsche)

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

die Unterlassung einer Dialyse und falls diese bereits eingeleitet wurde, eingestellt wird.

**ODER**

dass eine Dialyse durchgeführt wird, falls mein Leben dadurch verlängert werden kann.

### 3.5 Blut und Blutbestandteile

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

keine Zufuhr von Blut oder Blutbestandteilen, auch wenn dies mein Leben verlängern könnte.

**ODER**

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

**ODER**

die Zufuhr von Blut oder Blutbestandteilen ausschließlich zur Schmerzlinderung bzw. bei palliativmedizinischer Indikation (Siehe dazu Hinweis 7).

### 3.6 Antibiotika

In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich,

keine Antibiotika.

**ODER**

Antibiotika zur Verlängerung meiner Lebensdauer.

**ODER**

Antibiotika, ausschließlich bei Schmerzlinderung bzw. palliativmedizinischer Indikation.

### 3.7 Weitere Wünsche bezüglich medizinischer Maßnahmen:


**4. Beistand und Ort der Behandlungen**

Ich wünsche,

nach Möglichkeit zu Hause oder in einer vertrauten Umgebung zu sterben.

**ODER**

dass ich zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werde.

**ODER**

in einem Hospiz zu sterben.

Ich wünsche Beistand durch folgende Personen:


Ich wünsche hospizlichen Beistand.

Ich wünsche Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:


**5. Ärztliche Schweigepflicht**

Die mich behandelnden Ärzte sind gegenüber folgenden Personen von ihrer Schweigepflicht entbunden:


**6. Aussagen zur Patientenverfügung bezüglich ihrer Durchsetzung, Auslegung, Verbindlichkeit und ihres Widerrufs**

Die meinen Willen zu medizinischen und pflegerischen Maßnahmen beinhaltende Patientenverfügung soll von den mich behandelnden Ärzten und anderem medizinischen Personal befolgt werden. Mein Vertreter/ meine Vertreterin:  soll sich sicherstellen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Falls Lebens- und Behandlungssituationen unzureichend in dieser Patientenverfügung geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille anhand dieser Patientenverfügung zu ermitteln. Ist ein Konsens aller Beteiligten nicht möglich, überwiegt die Meinung folgender Person:

Meines Betreuers / meiner Betreuerin.

**ODER**

Meines Bevollmächtigten.

**ODER**

Des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin.

**ODER**

Einer anderen Person:

Sollte der / die mich behandelnde Arzt / Ärztin oder das medizinische Personal sich weigern, den im meiner Patientenverfügung geäußerten Willen auszuführen, wünsche ich, dass für eine anderweitige medizinische oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter / meiner Vertreterin erwarte ich, die Organisation weiterer Behandlungen gemäß meines Willens.

Habe ich auf den Widerruf meiner Patientenverfügung verzichtet, soll mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens nicht unterstellt werden. Sollte mein Betreuer, Bevollmächtigter oder mein Arzt / meine Ärztin bzw. das Behandlungsteam aufgrund meiner Äußerungen, Blicke oder Gesten der Meinung sein, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt bzw. nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst in Einigkeit aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Niederschrift meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entspricht. Bei unterschiedlicher Gesinnung über anzuwendende oder zu unterlassene medizinische oder pflegerische Maßnahmen überwiegt die Meinung folgender Person:

Meines Betreuers / meiner Betreuerin.

**ODER**

Meines Bevollmächtigten.

**ODER**

Des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin.

**ODER**

Einer anderen Person:



### 6.1 Hinweise bezüglich beigefügter Erläuterungen der Patientenverfügung

Als Hilfestellung bei Interpretationsschwierigkeiten meiner Patientenverfügung ist beigefügt:  
Eine Darstellung meiner Wertvorstellung.  
Zusätzliche Unterlagen, die ich als bedeutend erachte:

  
  

### 6.2 Hinweise bezüglich weiterer Vorsorgeverfügungen

Zur Ergänzung dieser Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit folgender bevollmächtigten Person besprochen:

Name:

Anschrift:

Telefon, Telefax, E-mail:

Zur Ergänzung dieser Patientenverfügung habe ich eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit diesem besprochen. Gewünschter Betreuer:

Name:

Anschrift:

Telefon, Telefax, E-mail:

## 7. Organspende

Ich stimme der Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zum Zwecke einer Transplantation zu (Siehe dazu Hinweis 8). Ich habe einen Organspendeausweis. Sollte ich mich nach ärztlicher Diagnose bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender eignen und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann...

... geht meine Bereitschaft zur Organspende vor.

### ODER

... haben Bestimmungen der Patientenverfügung Vorrang.

ODER

Ich lehne die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zum Zwecke einer Transplantation ausdrücklich ab.

## 8. Schlussformel

Ich verzichte auf (zusätzliche) ärztliche/ medizinische Auskunft, falls ich gewisse Behandlungen ausdrücklich wünsche oder ablehne. (Siehe dazu Hinweis 9)

## 9. Schlussbemerkungen

Mir ist bekannt, dass eine Änderung meiner Patientenverfügung möglich ist und ich bin mir des Inhalts und der daraus resultierenden Konsequenzen für mich bewusst.

Diese Patientenverfügung wurde von mir in eigener Verantwortung und ohne den Einfluss oder dem Druck Dritter erstellt.

Ich war bei der Erstellung meiner Patientenverfügung in vollem Besitz meiner geistigen Kräfte und Fähigkeiten.

Ich habe mich vor Erstellung meiner Patientenverfügung durch folgende Person beraten lassen:

Name:

Anschrift:

Telefon, Telefax, E-mail:

**10. Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit und ärztliche Aufklärung**

Frau/ Herr

Name:

Anschrift:

wurde von mir am

bezüglich möglicher Folgen dieser Patientenverfügung informiert, aufgeklärt und beraten. Sie / Er war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

## Sie haben noch Fragen? Unsere Experten warten schon auf Sie!

immoverkauf24 ist das erste Immobilienportal Deutschlands, das sich auf die Beratung rund um den Verkauf und Kauf von Immobilien spezialisiert hat. Wir bieten Immobilieneigentümern zudem Services, Informationen und Musterdokumente rund um das Thema **Wohnen im Alter**. Vom erfolgreichen Verkauf eines zu großen Hauses über den Erwerb einer altengerechten Eigentumswohnung bis hin zu Einrichtungen, neuen Wohnformen, Umbau und Umzug – Wir beraten Sie gerne.

### Wohnen im Alter



**1. Rufen Sie uns an**  
Kontaktieren Sie uns  
kostenfrei unter  
0800 1004215 oder...



**2. Füllen Sie das Kontakt-  
formular aus**  
und fordern eine kostenlose  
Beratung an:

**Gratis!**

**Jetzt Beratung erhalten**



**3. Lassen Sie sich beraten**  
Sie erhalten einen persön-  
lichen Ansprechpartner der  
Sie zu Ihrer individuellen  
Situation kompetent berät.

### Unser Versprechen:

Ihr persönlicher Ansprechpartner von immoverkauf24 berät Sie bei all Ihren Fragen immer individuell, fair und kostenfrei.

### Das sagen unsere Kunden:



Sehr hilfreich

Wilfried A. sagt:

„Danke für den informativen Service“



Tadellos

Niki R. sagt:

„Danke für die zeitnahe, präzise Auskunft“

Dieses Dokument ist ein unverbindliches Muster. Es besteht kein Anspruch auf sachliche Richtigkeit, Vollständigkeit und/oder Aktualität. Es soll lediglich als Anregung und Hilfestellung für Formulierungen dienen und ersetzt keine individuelle Rechtsberatung.