

# Patientenverfügung

von

Vorname

PLZ, Wohnort

1. Meine Werte und Wünsche

Knappschaftskrankenhaus Bottrop

## Patientenverfügung



# Inhaltsverzeichnis

Patientenverfügung.....	5
Vorsorgevollmacht.....	12
Ausweis Patientenverfügung.....	17



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in dieser Patientenverfügung treffen Sie Entscheidungen für Situationen, in denen Sie nicht / nicht mehr entscheiden und Sie Ihren Willen nicht mehr äußern können. Diese Entscheidungen sollen von Ihren gesetzlichen Vertretern (Bevollmächtigte, Betreuer) vertreten und ggf. von Ärzten, Pflegekräften etc. respektiert und befolgt werden.

Um Ihre Entscheidungen, die Sie in dieser Patientenverfügung treffen, besser zu verstehen, ist es hilfreich und sinnvoll etwas über Ihre Lebenseinstellungen und -ziele, Ihre Wertvorstellungen, Ihre religiöse Überzeugung und auch über Ihre Vorstellungen in Bezug auf Alter, Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und den eigenen Tod zu erfahren.

Deshalb empfehlen wir Ihnen unter dem Punkt Wertvorstellungen / Lebensphilosophie zu den nachfolgenden Fragen etwas zu schreiben:

- Woran glaube ich? Was erhoffe ich?
- Was war und ist mir im Leben wichtig und wertvoll?
- Welche Ziele habe ich im Leben verfolgt / verfolge ich?
- Was macht mir Angst?
- Was möchte ich auf jeden Fall vermeiden?
- Wie stehe ich zu den Lasten (Einschränkungen, Schmerzen, Schwäche etc.), die Alter und Krankheit oft mit sich bringen?
- Wie gehe ich mit eigener Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit um?
- Ist es mir wichtig, möglichst lange zu leben oder ist mir die Lebensqualität wichtiger?
- Was bedeutet der Tod für mich?

Weiter empfehlen wir Ihnen, mit denen, die Ihnen nahe stehen und mit denen, die später für Sie sprechen sollen (Bevollmächtigte) über das, was Sie in der Patientenverfügung festgelegt haben, zu sprechen. Es ist auch sehr sinnvoll, mit Ihrem Hausarzt oder einem Arzt Ihres Vertrauens über die Patientenverfügung zu sprechen.

Fertigen Sie mehrere Kopien der Patientenverfügung an und teilen Sie Ihren Angehörigen mit, wo Sie diese aufbewahren.

Bringen Sie zu jedem Krankenhausaufenthalt immer eine Kopie der aktuellen Patientenverfügung mit.

## Persönliche Angaben

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

.....  
Religionszugehörigkeit / Glaubensgemeinschaft

## Meine Wertvorstellungen / meine Lebensphilosophie

(siehe Fragen auf der vorherigen Seite)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt)

## Meine Verfügung:

Wenn ich krank oder verletzt oder aus anderem Grund hilfsbedürftig bin, erwarte ich grundsätzlich, dass von ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Seite alles, was möglich und sinnvoll ist, getan wird, um mich zu heilen, mein Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

Wenn aber eine (oder mehrere) der nachfolgend unter A. aufgeführten Situationen eintritt (eintreten), sollen die unter B. angekreuzten Entscheidungen gelten.

## A. Situationen, in denen die nachfolgend unter B angekreuzten Entscheidungen gelten sollen:

*(bitte ankreuzen)*

**Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder nicht mehr verständlich zum Ausdruck bringen kann und ich nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/Ärzte...**

- ...das Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit erleide,
- ...durch eine Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe (Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Organversagen. Mir ist bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann (z. B. beim sog. ‚Wachkoma‘) und dass eine Verbesserung dieses Zustandes nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist),
- ...in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung, Flüssigkeit und Medikamente auf natürliche Weise zu mir zu nehmen,
- .....
- .....
- (eigene Situationsbeschreibung, in denen diese Verfügung gelten soll; ggf. Zusatzblatt)*

**dann möchte ich, dass die nachfolgend unter B. angekreuzten Entscheidungen respektiert werden.**

## B. Für die unter A angekreuzten Situationen entscheide ich:

(bitte ankreuzen)

### 1) Schmerz- und Symptombehandlung

- Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung (Lindern von Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome).
- Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- oder symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.
- Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptombehandlung versagen, akzeptiere ich auch Medikamente, die mich dauerhaft bewusstlos machen.

### 2) Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

Grundsätzlich erwarte ich, dass Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich will...

- ...keine dauerhafte künstliche Ernährung.
- ...keine dauerhafte künstliche Flüssigkeitszufuhr.
- ...die Reduzierung der künstlichen Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.



## B. Für die unter A angekreuzten Situationen entscheide ich:

*(bitte ankreuzen)*

### 3) Künstliche Beatmung

- Ich will keine künstliche Beatmung. Eine bereits eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden. Ich möchte aber Medikamente zur Linderung etwaiger Luftnot. Wenn diese Medikamente mein Bewusstsein dämpfen oder meine Lebenszeit verkürzen, nehme ich das in Kauf.

### 4) Dialyse

- Es soll keine Dialyse durchgeführt werden. Falls bereits eine begonnen wurde, soll sie sofort eingestellt werden.

### 5) Antibiotika

- Ich will keine Antibiotika.

### 6) Wiederbelebende Maßnahmen (Reanimation)

- Alle Versuche zur Wiederbelebung sollen unterlassen werden. Es soll kein Notarzt gerufen werden. Falls doch einer gerufen wurde, soll er informiert werden, dass ich keine Wiederbelebung will.

## Aufenthalt und Beistand

### Für die letzte Zeit meines Lebens möchte ich...

- ...wenn möglich zu Hause bleiben.
  
- ...in ein Hospiz.
  
- ...in ein Pflegeheim.
  
- ...in ein Krankenhaus.
  
- ...seelsorgerisch betreut werden.
  
- ...dass die in meiner Glaubensgemeinschaft für schwere Krankheit und für das Sterben vorgesehenen Rituale, Gebete und Sakramente angewendet werden.

Persönliche Ergänzungen zu Aufenthalt und Beistand (z. B. Glaubensgemeinschaft, bestimmte Personen, die Sie um Beistand bitten, Personen, die Sie nicht sehen möchten...)

.....

.....

.....

.....

.....

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille vom Behandlungsteam befolgt wird. Meine Bevollmächtigten sollen dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret bedacht sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Es liegt eine Vorsorgevollmacht vor!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet. Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern und formlos widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Vorsorgevollmacht

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

### Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteile ich hiermit folgender/n Person/Personen

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### und bei Verhinderung der vorgenannten Person/Personen

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

die Vollmacht, mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Diese Vollmachterteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermeiden. Sie bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte, und soll **über meinen Tod hinaus** in Geltung bleiben. Sämtliche Stellen, die der Schweigepflicht unterliegen, werden gegenüber dem Bevollmächtigten bzw. Betreuer von der Schweigepflicht entbunden.

## 1) Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Die o. g. Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege entscheiden und ist gehalten, sich dabei nach meinem zuvor geäußerten Willen zu richten.  ja  nein

---

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).  ja  nein

---

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.  ja  nein

---

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.  ja  nein

---

## 2) Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag (inklusive einer Kündigung) wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen Heimvertrag abschließen, ändern und kündigen.  ja  nein

---

## 3) Vertretung von Behörden

Sie darf mich vor Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.  ja  nein

---

## 4) Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.  ja  nein

---

## 5) Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen.  ja  nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen dürfen

.....  
*Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenem Vordruck! Für Immobiliengeschäfte, Darlehensverträge und Handelsgewerbe ist eine notariell beurkundete Vollmacht notwendig!*

### 6) Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) entscheiden.  ja  nein

### 7) Untervollmachten

Sie ist dazu ermächtigt, für einzelne Bereiche Untervollmachten zu erteilen.  ja  nein

**Abweichend von den oben genannten bevollmächtigten Personen möchte ich für die Bereiche**

1.     2.     3.     4.     5.     6.

*(bitte ankreuzen oder streichen!)*

eine ausschließliche Vertretung durch folgende Person:

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

## Bestätigung durch die Bevollmächtigten *(optional)*

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers zu orientieren.

### 1. Bevollmächtigte/r

.....  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

.....  
Ort, Datum

### 2. Vertreter der/des Bevollmächtigten

.....  
Unterschrift der Vertreterin/des Vertreters  
der/des Bevollmächtigten

.....  
Ort, Datum

## Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung/Betreuungsverfügung

Ich besitze eine Patientenverfügung. Der Vorsorgebevollmächtigte hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten. Ich habe mit meinem/meiner Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.  ja  nein

Ich besitze eine Betreuungsverfügung.  ja  nein

### 8) **Betreuungsverfügung**

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die Person in meiner Betreuungsverfügung als Betreuer zu bestellen.

### 9) **Geltungsdauer der Vorsorgevollmacht**

Mir ist bewusst, dass diese Vorsorgevollmacht mit meiner Unterschrift sofort wirksam ist und über meinen Tod hinaus gelten wird.

### 10) **Unterschrift**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und aus freiem Willen bearbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern und formlos widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### **Bestätigung durch einen Zeugen/einer Zeugin:** *(optional)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift





Folgendes habe ich hinterlegt:	ja	nein
▪ Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Organspendeverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Betreuungsverfügung (ohne Vorsorgevollmacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Vorsorgevollmacht (mit Betreuungsverfügung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
Datum, Unterschrift

**Meine Daten**

.....  
Vorname

.....  
Name

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
PLZ

.....  
Ort

**Meine Kontaktperson**

.....  
Vorname

.....  
Name

.....  
Telefonnummer

.....  
E-Mail

*(Diesen Ausweis bitte vorsichtig ausschneiden)*





## **Impressum**

Herausgeber:  
Knappschafts Krankenhaus Bottrop GmbH  
Unternehmenskommunikation in  
Zusammenarbeit mit dem Ethikkomitee  
Osterfelder Straße 157, 46242 Bottrop

Tel.: 02041 15-0  
Email: [Ethikkomitee@kk-bottrop.de](mailto:Ethikkomitee@kk-bottrop.de)

[www.kk-bottrop.de](http://www.kk-bottrop.de)

Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur  
mit ausdrücklicher Genehmigung des  
Herausgebers gestattet.

Stand: Juli 2022

Im Verbund der

