

Berufsgenossenschaftliches  
Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Tel.: 0234/302-0  
Fax: 0234-330-734  
Web: [www.bergmannsheil.de](http://www.bergmannsheil.de)



## 1. Allgemeine Informationen zur Patientenverfügung

Jeder Mensch kann durch Unfall, Krankheit oder zunehmendes Alter plötzlich in eine Situation geraten, in der er nicht mehr selbständig Wünsche äußern oder Entscheidungen treffen kann. Dabei ist es vielen Menschen wichtig, die eigene Würde und Selbstbestimmung auch in dieser Situation zu wahren.

Seit September 2009 ist gesetzlich festgelegt, dass Patientenverfügungen zu befolgen sind. Eine Patientenverfügung ermöglicht es Angehörigen, Ärzten und Pflegenden, Betreuern und Gerichten, Ihren Willen in dieser Situation zu ermitteln und umzusetzen, wenn Sie selbst einwilligungsunfähig geworden sind.

Sollten Sie medizinische Fragen zur Patientenverfügung haben, wenden Sie sich bitte an einen Arzt Ihres Vertrauens. Es ist sinnvoll, Ihre Familie und Freunde zu informieren, dass Sie eine Patientenverfügung ausgestellt haben. Außerdem empfehlen wir Ihnen, in Ihrer Brieftasche/Geldbörse mit einem Vermerk darauf hinzuweisen.

Jederzeit können Sie die in dieser Patientenverfügung getroffenen Aussagen zurücknehmen oder ändern.

Es ist ratsam, ergänzend zu dieser Patientenverfügung auch eine Vorsorgevollmacht zu erstellen (siehe Vorsorgevollmacht Seite 10).

Persönliche Wertvorstellungen über Ihr Leben, Ihre Erkrankungsverläufe können im Anhang ebenfalls selbst angefertigt werden.

Patientenverfügung von Herrn / Frau:

*(bitte geben Sie auch den Geburtsnamen und Ihre Adresse an)*

---

---

---

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

## 2. Geltungsbereich der Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung gilt, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern.

Ich lege fest, dass man in den nachfolgend von mir angekreuzten Situationen meiner Krankheit ihren Lauf lässt und ich sterben darf. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht.

Zufreffendes  
bitte ankreuzen

**Ja** **Nein**

 

Bei schwerster dauerhafter Gehirnschädigung (z.B. durch Unfälle, entzündliche Prozesse, Hirnblutungen, Schlaganfall, Wiederbelebung, Lungenversagen), die nach Einschätzung eines Arztes aller Voraussicht nach unwiderruflich zum Verlust der Fähigkeit führen, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen zu kommunizieren. Hierzu zählen auch Zustände der Dauerbewusstlosigkeit und des (Wach-) Komas, selbst wenn nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen ist, dass ich aus diesem Zustand wieder erwache. Diese Möglichkeit nehme ich bewusst in Kauf.

Im Endstadium einer tödlich verlaufenden unheilbaren Krankheit.

 

Im Falle von fortgeschrittener geistiger Verwirrtheit, Bewusstseins- oder Persönlichkeitsverlust und Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer), wenn Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht mehr möglich sind und die Körperhygiene aus eigener Kraft nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

 

Im direkten, mit großer Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess.

 

Bei folgenden Krankheiten oder Behinderungen soll, **unabhängig von Art und Stadium**, in gleicher Weise verfahren werden:

 

---

---

---

### 3. Für die vorgenannten Situationen wünsche ich

Zureffendes  
bitte ankreuzen

**Ja** **Nein**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Verlegung ins Krankenhaus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verlegung auf eine Palliativ-Station   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verlegung in ein Hospiz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| künstliche Dauerbeatmung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Untersuchungen (Diagnostik), die ohne Einfluss auf Diagnosen und Therapie sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maßnahmen zur Wiederbelebung (Reanimation)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| künstliche dauerhafte Ernährung durch eine Magensonde                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| künstliche dauerhafte Ernährung durch die Bauchdecke (PEG)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ernährung durch Infusionen / Tropf   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutwäsche (Dialyse)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| herz- und kreislaufunterstützende Medikation                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chemotherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strahlentherapie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kurative Behandlung zusätzlich auftretender Erkrankungen / Komplikationen.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Medizinische Maßnahmen, die in Unkenntnis meiner Patientenverfügung bereits eingeleitet wurden, müssen zurückgenommen werden.**

Ich erwarte und fordere ausdrücklich ein:

Zureffendes  
bitte ankreuzen

**Ja** **Nein**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>umfassend informiert</b> zu werden, wenn ich wach und ansprechbar bin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>palliative Behandlung</b> von Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Angst, Unruhe und anderen Krankheitserscheinungen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fachgerechte, an meinem Befinden orientierte Körperpflege und Pflege von Mund und Schleimhäuten zur Vermeidung eines Durstgefühls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Untersuchungen und Fortführung der medizinischen Behandlung nur bei eindeutiger Besserungsmöglichkeit meines Zustandes            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verabreichung von Antibiotika zur Linderung meiner Beschwerden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gabe von Blut oder Blutbestandteilen ausschließlich zur Linderung meiner Beschwerden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unbedingte Schmerzfreiheit, auch wenn ich dadurch benommen bin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>oder</b><br>Schmerzbehandlung nur soweit, dass ich nicht benommen bin.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4. Persönliche Anmerkungen

### Krankheitsgeschichte:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Was mir in meinem Leben wichtig ist (Werte):

---

---

---

---

---

---

---

---

### Was mir jetzt wichtig ist:

*Ich weiss, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:<sup>1</sup>*

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Mir ist jedoch bekannt, dass ich meine Patientenverfügung jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Datum

Unterschrift

Zeuge (nicht zwingend)

<sup>1</sup>(Aus: „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3406-66321-5)

## Vorsorgevollmacht

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und -ort, Anschrift)  
(Vollmachtgeber/in)

### erteile Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und -ort, Anschrift, Telefon)  
(bevollmächtigte Person)

**mit der Berechtigung, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen und mit der Maßgabe, dass diese Vollmacht über den Tod hinaus bis zu einem Widerruf durch meine Erben gelten soll.**

**Diese Vertrauensperson wird bevollmächtigt, mich - unter Beachtung meines in einer Patientenverfügung festgelegten Willens - in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.**

**Diese Vollmacht soll nur beachtet werden, wenn die bevollmächtigte Person bei Vornahme des Rechtsgeschäfts diese Urkunde im Original vorlegen kann.**

## Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.

Die bevollmächtigte Person darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Die bevollmächtigte Person darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Die bevollmächtigte Person darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 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.

Zufreffendes  
bitte ankreuzen

**Ja** **Nein**

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Die bevollmächtigte Person darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen neuen Wohnraummietvertrag oder einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

## Post und Fernmeldeverkehr

Die bevollmächtigte Person darf die für mich bestimmte Post - auch Einschreiben mit dem Vermerk „eigenhändig“ - entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

## Vertretung vor Behörden und Gerichten

Die bevollmächtigte Person darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Zutreffendes  
bitte ankreuzen

**Ja** **Nein**

## Vermögenssorge

Die bevollmächtigte Person darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich

über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Verbindlichkeiten eingehen

mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten

Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben

Schenkungen vornehmen, wie sie einem rechtlichen Betreuer rechtlich gestattet sind.

Zutreffendes  
bitte ankreuzen

**Ja** **Nein**

**Achtung: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!**

**Für die Bereiche Immobiliengeschäfte, Immobilienbelastungen, Handelsgewerbe sowie Darlehensaufnahme ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich!**

..... ✂ ..... Informationskarte zum Ausschneiden .....

Mein/e Bevollmächtigte/r für die medizinische Betreuung gem. § 1896 II.2. BGB ist:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Betreuungsverfügung

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vollmachtnehmers / der Vollmachtnehmerin)

## Quellen und weiterführende Literatur:

Deutsche Hospizstiftung: Die Medizinische Patientenanwaltschaft.  
Informationen zur medizinischen Patientenanwaltschaft

Humanistischer Verband Deutschlands (2013)  
[www.patientenverfuegung.de](http://www.patientenverfuegung.de)

Putz, Wolfgang & Steldinger, Beate:  
Patientenrechte am Ende des Lebens. (4. Auflage 2012)  
[www.putz-medizinrecht.de](http://www.putz-medizinrecht.de)

Verbraucherzentrale: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht  
und Betreuungsverfügung. (2013)

Vetter, Petra: Selbstbestimmung am Lebensende. (2. Auflage 2009)

Bayerisches Staatsministerium der Justiz:  
Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter. (Stand Dez. 2013/15. Auflage)

## Herausgeber:

Klinisches Ethik-Komitee  
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH,  
Bochum

## Gestaltung:

Abteilung für Fotografie und Mediendesign  
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH,  
Bochum

..... ✂ ..... Informationskarte zum Ausschneiden .....

**Kopien meiner Patientenverfügung und der  
Vollmacht sind hinterlegt bei:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_