**PATIENTENVERFÜGUNG**

*Ich*, der lebende Mann / das lebende Weib
**<Rufname>:<Nachname>**
auf Erden gekommen durch Niederkunft *Meiner* Mutter am <Niederkunftsdatum>
auf <Ort der Niederkunft>,

**erlasse diese Patientenverfügung für *Mich* im Einklang mit den Rechten *Meiner* natürlichen Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Geburtsname: | Rufname: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

Die vorliegende Verfügung ist registriert unter dem Postlabelcode <PostcodeLabel>.

**1. Beauftragte für die Umsetzung dieser Patientenverfügung**

*Ich* beauftrage die folgenden mir nahestehenden Menschen mit der Umsetzung *Meines* in dieser Verfügung formulierten Willens. Sie sind verpflichtet, im Falle des Eintretens jeder der in Punkt 3. genannten und mit JA gekennzeichneten Voraussetzungen die in Punkt 3. genannten Bevollmächtigten einzuberufen. Die Beauftragten haben keine eigenen Entscheidungsbefugnisse, soweit diese nicht ausdrücklich in dieser Patientenverfügung benannt sind:

1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

**2. *Meine* Wünsche, *Meine* Werte und *Mein* Lebensbild**

Wenn *Ich* *Meinen* Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende *Meines* Lebens, oder wenn *Ich* durch andere Umstände an der Äußerung *Meines* Willens gehindert bin er behindert werde, erwarte *Ich* von allen, die *Mich* begleiten, Vollmachten von Mir erhalten haben oder sich im Recht sehen, Macht über *Mich* oder *Meine* Person auszuüben, dass sie sich bei ihren Entscheidungen wörtlich und ohne Interpretationen an *Meine* Verfügungen halten und sich an *Meinen* Werten orientieren. Somit verfüge *Ich* im Vollbesitz *Meiner* geistigen Kräfte, nach reiflicher Überlegung und im Bewusstsein der sich eventuell daraus ergebenden Konsequenzen, dass sie sich weder von ihrem eigenen Willen oder Gewissen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen dürfen.

Mein Lebensbild wird von folgenden Grundsätzen getragen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**3. Voraussetzung für die Gültigkeit**

Diese Patientenverfügung ist umzusetzen und erlangt ihre Gültigkeit, wenn:

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1** *Ich Mich* nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| **3.2** *Ich Mich* nach Einschätzung zweier erfahrener unabhängiger Ärzte im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| **3.3** Infolge 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 oder Entzündungen, 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 das Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| **3.4** *Ich Mich* im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolge dessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| **3.5** Aufgrund *Meines* Verhaltens, *Meiner* Äußerungen und *Meines* Umgangs mit anderen eine psychiatrische Erkrankung vermutet wird, auch wenn eine Eigengefährdung vermutet wird oder gegeben ist oder eine Fremdgefährdung vermutet wird. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| **3.6** Bei einem Suizidversuch, der Vermutung eines Suizidversuchs, der Vermutung einer Suizidabsicht oder einer vermuteten oder tatsächlichen Suizidgefährdung, auch wenn eine Eigengefährdung vermutet wird oder gegeben ist oder eine Fremdgefährdung vermutet wird.  | ⊔ Ja ⊔ Nein |

Ich erwarte zunächst bei Eintreten einer der mit JA bestätigten Voraussetzungen 3.1 bis 3.6, dass *Meine* Bevollmächtigten und der Arzt eingehend prüfen, ob *Ich* seit der Unterzeichnung der Verfügung Meinen Willen geändert habe.

Als Bevollmächtigte sind in der folgenden Reihenfolge hinzuzuziehen:

1. Bevollmächtigter Angehörige(r):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

2. Bevollmächtigte zusätzliche Person:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

Wenn es bei der Überprüfung keinen Hinweis auf eine Willensänderung bei mir gegeben hat, soll bei Eintreten der mit JA gekennzeichneten Voraussetzungen gemäß 3.1 bis 3.4 dieser Patientenverfügung palliativ-medizinische Behandlung das Ziel ärztlicher Behandlungen bei mir sein.

Alle Maßnahmen, die geeignet sein können, bei Eintreten der mit JA gekennzeichneten Voraussetzungen 3.1 bis 3.4 , *Meine* Leiden zu lindern und *Meine* Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, sollen von *Meinem* Bevollmächtigen zusammen mit *Meinem* Arzt entschieden werden. Dabei soll es keine Rolle spielen, ob die einzelne Maßnahme als Nebenwirkung *Mein* Leben verkürzen könnte oder eine Suchtgefährdung mit diesen Maßnahmen verbunden ist. Alle Maßnahmen, die *Mein* Bevollmächtigter gemäß *Meinen* obigen Vorgaben unter den mit JA gekennzeichneten Voraussetzungen 3.1 bis 3.4 ergreift, entsprechen *Meinem* Willen.

Bei Eintreten einer oder mehrerer der mit JA gekennzeichneten Voraussetzungen 2.5 bis 2.6 ist jegliche medizinische, psychiatrische und psychische Behandlung sofort einzustellen und jegliche stationäre Behandlung abzubrechen.

**4. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung medizinischer Maßnahmen**

 **4.1 Lebenserhaltende Maßnahmen**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*,

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | dass alle medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, um *Mich* am Leben zu erhalten und *Meine* Beschwerden zu lindern**oder** |
| ⊔ | dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden, bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Überkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome behandelt werden. |

**4.2 Schmerz- und Symptombehandlung**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich* eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung**oder** |
| ⊔ | wenn alle sonstigen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptombehandlung versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung. Die Möglichkeit der Verkürzung *Meiner* Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen und die Möglichkeit des Eintretens einer physischen oder psychischen Abhängigkeit nehme *Ich* in Kauf. |

**4.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird, mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern |
| ⊔ | dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird, mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern |
| ⊔ | die Unterlassung einer künstlichen Ernährung |
| ⊔ | die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung) |
| ⊔ | eine fachgerechte, lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl. |

**4.4 Künstliche Beatmung**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass *Ich* Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung, Lebensverkürzung oder Abhängigkeit durch diese Medikamente nehme *Ich* in Kauf. |

**4.5 Dialyse**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | eine künstliche Blutwäsche / Dialyse mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | dass keine künstliche Blutwäsche / Dialyse durchgeführt bzw. eine eingeleitete künstliche Blutwäsche / Dialyse eingestellt wird. |

**4.6 Antibiotika**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | eine Behandlung mit Antibiotika mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | dass keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt bzw. eine bereits eingeleitete Behandlung mit Antibiotika eingestellt wird, außer zur Beschwerdelinderung. |

**4.7 Blut- und Blutbestandteile**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | keine Gabe von Blut und Blutstandteilen, außer zur Beschwerdelinderung**oder** |
| ⊔ | absolut keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, auch wenn damit eine Beschwerdelinderung einhergehen könnte. |

**4.8 Blutersatzprodukte**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | die Gabe von Blutersatzprodukten mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | keine Gabe von Blutersatzprodukten, außer zur Beschwerdelinderungoder |
| ⊔ | absolut keine Gabe von Blutersatzprodukten, auch wenn damit eine Beschwerdelinderung einhergehen könnte. |

**4.9 Kreislaufstabilisierende Medikamente**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | die Gabe kreislaufstabilisierender Medikamente mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | keine Gabe kreislaufstabilisierender Medikamente bzw. die Einstellung einer bereits begonnenen Gabe kreislaufstabilisierender Medikamente, außer zur Beschwerdelinderung. |

**4.10 Wiederbelebende Maßnahmen**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | in jedem Fall Versuche der Wiederbelegung mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | die Unterlassung von jeglichen Versuchen zur Wiederbelebung**und** |
| ⊔ | für den Fall, dass ein Notarzt hinzugezogen wird oder wurde, dass dieser unverzüglich über *Meine* Ablehnung von wiederbelebenden Maßnahmen informiert wird. |

**4.11 Organtransplantationen**

In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen erwarte *Ich*,

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | dass mögliche Organtransplantationen durchgeführt werden mit dem Ziel, *Mein* Leben zu verlängern**oder** |
| ⊔ | dass jegliche Organtransplantationen oder Verpflanzungen körperfremden Gewebes unterlassen werden.  |

**4.12 Künstliche Organe oder organunterstützende Hilfsmittel**

In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen verfüge *Ich*,

| ⊔ | dass künstliche Organe und/oder organunterstützende Hilfsmittel, z.B. Herzschrittmacher, implantiert werden dürfen**oder** |
| --- | --- |
| ⊔ | keinerlei Implantation künstlicher Organe und/oder organunterstützender Hilfsmittel erfolgen darf.  |

|  |
| --- |
| **4.13 Organspende** |
| ⊔ | Ich stimme einer Entnahme *Meiner* Organe zu Transplantationszwecken zu**oder** |
| ⊔ | Ich stimme der Entnahme *Meiner* folgenden Organe zu Transplantationszwecken zu:….............................................................................................................................**oder** |
| ⊔ | Ich lehne eine Entnahme von Organen und/oder körpereigenem Gewebe nach *Meinem* Tod zu Transplantationszwecken generell ab. |

|  |
| --- |
| Komme *Ich* nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die *Ich* in *Meiner* Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann |
| ⊔ | geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor**oder** |
| ⊔ | gehen die Bestimmungen in *Meiner* Patientenverfügung vor. |

|  |
| --- |
| **4.14 Obduktion aus medizinischen Gründen**In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen verfüge *Ich*, |
| ⊔ | dass eine Obduktion nur bei unklarer Todesursache durchgeführt werden darf**oder** |
| ⊔ | dass über eine Obduktion bei unklarer Todesursache *Mein* Bevollmächtigter entscheiden muss.  |

|  |
| --- |
| **4.15 Ergänzungen zu den gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5. Ort der Behandlung und Aufenthalt**

In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen möchte *Ich*, wenn *Meine* letzte Lebensphase erreicht ist,

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | wenn möglich in *Meiner* vertrauten Umgebung verbleiben bzw. in *Meine* vertraute Umgebung gebracht werden**oder** |
| ⊔ | wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden oder in dieser verbleiben**oder** |
| ⊔ | wenn möglich in ein Krankenhaus verlegt werden oder in diesem verbleiben. |

**6. Begleitung**

|  |
| --- |
| In den unter 3.1 bis 3.4 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen möchte *Ich* in der letzten Lebensphase |
| ⊔ | allein und ohne Begleitung sein**oder** |
| ⊔ | im Kreise meiner Familie und/oder Lebenspartner sein**oder** |
| ⊔ | von den folgenden Menschen spirituell begleitet werden…...........................................................................................................................................…...........................................................................................................................................…........................................................................................................................................... |
| ⊔ | Seelsorgerischen Beistand erhalten |
| ⊔ | das Sakrament der Krankensalbung erhalten. |

**7. Psychiatrische Diagnosen, Behandlungen und Zwangsmaßnahmen**

In den unter 3.5 bis 3.6 beschriebenen und mit JA gekennzeichneten Situationen sind die unter 1. von mir bevollmächtigten Männer und/oder Weiber verpflichtet, sich strikt an die Umsetzung dieses Willens zu halten.

Dazu sind sie berechtigt, Vollmachten an Erfüllungsgehilfen (z. B. Rechtsanwälte und/oder Rechtsbeistände) zu erteilen.

Darüber hinaus sind die Bevollmächtigten verpflichtet, in Wahrnehmung *Meiner* Interessen und Entscheidungsbefugnisse eine evtl. Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung strikt und verbindlich und unter allen Umständen zu unterbinden.

Das Vorliegen einer psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankung streite *Ich* strikt ab.

Ich betrachte die Unterbringung und Betreuung von Menschen in einer psychiatrischen Einrichtung als eine schwere Persönlichkeitsverletzung und eine schwere Freiheitsberaubung. Jede psychiatrische Zwangsbehandlung erachte ich als Folter und schwerste Körperverletzung. Daher errichte *Ich* gemäß dem § 1901 a BGB hiermit eine Verfügung, um *Mich* vor einer solchen Diagnostik bzw. Verleumdung und deren Folgen zu schützen, indem *Ich* verbiete, folgende medizinischen Maßnahmen an mir durchzuführen:

**7.1 Psychiatrische Diagnosen**
Unter keinen Umständen darf bei mir irgendeine psychiatrische Diagnose erstellt werden. *Ich* verbiete hiermit jedem psychiatrischen Facharzt und/oder jeder psychiatrischen Fachärztin, *Mich* ohne eine aus freien Stücken gegebene, eigene schriftliche Zustimmung zu untersuchen oder zu begutachten, genauso wie *Ich* jedem anderen Arzt untersage, *Mich* hinsichtlich irgendeines Verdachts einer angeblichen „psychischen Krankheit“ zu untersuchen. Allen Ärzten, die *Mich* untersuchen wollen, untersage *Ich* den Versuch, irgendeine der Diagnosen, die im Klassifizierungssystem der Weltgesundheitsorganisation für medizinische Diagnosen (ICD-10) als „Psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet werden, zu stellen.

Um jede mögliche Unklarheit zu beseitigen, definiere *Ich* diese noch genauer wie folgt:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39 Affektive Störungen
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79 Intelligenzstörung
F80-F89 Entwicklungsstörungen
F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen

alle jeweils mit allen weiteren Unterspezifizierungen und alle später vorgenommenen Modifizierungen dieses Kapitels des ICD.

**7.2 Psychische Behandlungen und Zwangsmaßnahmen**

Weiterhin untersage *Ich* rigoros folgende Maßnahmen:

* die Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst, die stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Ambulanz oder dem sog. Krisendienst
* jede Einschränkung *Meiner* Freiheit durch freiheitsentziehende Maßnahmen, egal welcher Art
* jede Behandlung gegen *Meinen* geäußerten Willen, jede Zwangsbehandlung egal mit welchen als Medikament bezeichneten oder als Medikament geltenden Stoffen oder Placebos.

**8. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich ermächtige den behandelnden Arzt, den unter Punkt 1. genannten und zusätzlich den folgenden Männern und/oder Weibern Auskunft über *Meinen* gesundheitlichen Zustand zu geben und entbinde ihn insoweit von seiner Schweigepflicht:

1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

**9. Verbindlichkeit und Widerruf**

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | Ich erwarte, dass *Mein* in dieser Patientenverfügung geäußerter Wille befolgt wird und die von mir benannten Beauftragten (Punkt 1.) und Bevollmächtigten Sorge für dessen Umsetzung tragen.Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. |
| ⊔ | In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist *Mein* mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.  |
| ⊔ | Im Falle, dass der behandelnde Arzt und *Mein* Bevollmächtigter sich über *Meinen* mutmaßlichen Willen nicht einig sind, erwarte *Ich* von *Meinem* Bevollmächtigten, dass er den zweiten Bevollmächtigten zur Entscheidungsfindung hinzuzieht. |
| ⊔ | Mir ist bekannt, dass *Ich* diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos wider-rufen kann. |
|  | **und** |
| ⊔ | Ich wünsche nicht, dass in einer unter Punkt 3. beschriebenen Situation eine Änderung *Meines* Willens aufgrund *Meiner* Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird**oder** |
| ⊔ | Wenn *Ich* *Meine* Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche *Ich* nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung *Meines* Willens unterstellt wird.Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte / das Behandlungsteam / *Meine* Bevollmächtigten aufgrund *Meiner* Gesten, Blicke oder andererÄußerungen die Auffassung vertreten, dass *Ich* entgegen den Festlegungen in *Meiner* Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in *Meiner* Patientenverfügung noch *Meinem* aktuellen Willen entsprechen. |

Auch alle in dieser Patientenverfügung nicht geklärten Entscheidungen sind von dem unter Punkt 3. genannten bevollmächtigten Angehörigen, bei Nichterreichbarkeit der unter Punkt 3. genannten bevollmächtigten zusätzlichen Person, zu treffen:

**10. Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht**

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht mit den Postlabelcode <Postcodelabel> erstellt und mit den Beteiligten über ihre Inhalte gesprochen**oder** |
| ⊔ | Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt. |

**11. Hinweis auf eine existierende Betreuungsvollmacht**

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsvollmacht mit den Postlabelcode <PostcodeLabel> erstellt und mit den Beteiligten über ihre Inhalte gesprochen**oder** |
| ⊔ | Ich habe keine Betreuungsvollmacht erstellt. |

**12. Aufklärung**

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | Soweit *Ich* bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte *Ich* ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.**oder** |
| ⊔ | Ich wurde bei der Erstellung *Meiner* Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt. |

 **13. Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Patientenverfügung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Unterzeichnung unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Patientenverfügung im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung der Verfügung am nächsten kommen, die der Verfügende mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt hat. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich die Verfügung als lückenhaft erweist.

**14. Unterschrift und Zeugen**

Mit *Meiner* Unterschrift bestätige *Ich*, dass *Ich* mir des Inhalts und der Konsequenzen *Meiner* Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. *Ich* befinde *Mich* im Vollbesitz *Meiner* geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …..........................................Ort, Datum | L.S.: .................................................................<Familienname>, <Rufname> |  |
|  |  |  |
| **1. Zeuge:**…..........................................Ort, Datum | L.S.: .................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
| **2. Zeuge:**…..........................................Ort, Datum | L.S:..................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
| **3. Zeuge:**…..........................................Ort, Datum | L.S..................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Beauftragter:**….............................................Ort, Datum | …....................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
| **2. Beauftragter:**….............................................Ort, Datum | …....................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |

**Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung**

Die vorliegende Betreuungsverfügung ist im Internet registriert unter
**www.vorsorgeregister.de**
sowie mit allen Aktualisierungen öffentlich zugänglich unter
**www.mydrive.ch**
mit dem Benutzernamen <Öffentlicher Benutzername> und dem Kennwort <Kennwort>.

Weitere Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

|  |  |
| --- | --- |
| Kopie 1: | am: |
| Kopie 2: | am: |
| Kopie 3: | am: |

**Ich bestätige mit *Meiner* Unterschrift die weitere Gültigkeit *Meiner* Patientenverfügung in Verbindung mit den dort angegebenen Versionen der Vorsorge- und Betreuungsvollmachten.**

*Auch wenn Ich diese Patientenverfügung nicht in regelmäßigen Abständen bestätigt habe, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Bestätigung**Vorsorgevollmacht:Betreuungsvollmacht: | **2. Bestätigung**Vorsorgevollmacht:Betreuungsvollmacht: | **3. Bestätigung**Vorsorgevollmacht:Betreuungsvollmacht: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Ort, Datum |  | Ort, Datum |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unterschrift / Autograph |  | Unterschrift /Autograph |  | Unterschrift / Autograph |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Bestätigung**Vorsorgevollmacht:Betreuungsvollmacht: | **5. Bestätigung**Vorsorgevollmacht:Betreuungsvollmacht: | **6. Bestätigung**Vorsorgevollmacht:Betreuungsvollmacht: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Ort, Datum |  | Ort, Datum |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unterschrift / Autograph |  | Unterschrift /Autograph |  | Unterschrift / Autograph |