

# Patientenverfügung von:

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

## Ich verfüge gegenüber meinen Ärzten:

**Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod** und erkläre deshalb, dass ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden bin, falls ich in einem Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dau-

erschädigung meiner Gehirnfunktion (Decerebration) gerate oder wenn überlebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer nicht therapierbar ausfallen.

**Ich verfüge:** Die Therapie ist einzustellen, wenn feststeht, dass die Schädigung nicht mehr zu beheben ist.

**Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben** und erkläre deshalb, dass im Falle einer zum Tode führenden Krankheit, bei der mit keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes – z.B. Aufwachen aus dem Koma – zu rechnen ist, von allen das Sterben verlängernden Maßnahmen einschließlich einer künstlichen Ernährung abzusehen ist.

Auch mit medizintechnischen Maßnahmen, die lediglich dazu dienen, eine Organentnahme zu ermöglichen, bin ich nicht einverstanden. [Dieser Satz kann gestrichen werden, wenn Sie Organspender sein wollen.]

Ich wünsche, solange ich lebe, menschenwürdig zu leben, und erkläre deshalb meine Einwilligung in eine ärztliche Therapie zur Linderung von Leiden und Schmerzen, auch wenn hierzu benutzte Medikamente zur Bewusstseinsausschaltung führen oder wegen ihrer – vom Arzt nicht beabsichtigten – Nebenwirkungen zu einem frühen Tod führen sollten.

Darüber hinaus erkläre ich Folgendes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese von mir eigenhändig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte abgegebene Verfügung bitte ich zu meinen Krankenunterlagen zu nehmen. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich die Zustimmung. Die namentlich aufgeführten Personen, werden auf die Einhaltung dieser Verfügung achten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift der/des Verfügenden

Duplikate dieser Verfügung sind hinterlegt bei:

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

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

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

sowie

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

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

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

Ich bestätige, dass diese Verfügung von dem/der Ausstellenden eigenhändig unterschrieben wurde.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift Duplikat-Besitzer/in

Hinweis: Es geht hier nicht um „Tötung auf Verlangen“ gemäß § 216 StGB, sondern um humane Behandlung, wozu Ärzte verpflichtet sind. Sollten Ärztinnen und Ärzte den hier geäußerten Willen einer Patientin oder eines Patienten nicht respektieren, könnten sie wegen Körperverletzung angeklagt werden, da jede ärztliche Behandlung ohne vorliegende Einwilligung eine Körperverletzung darstellt.

### Bevollmächtigung

Folgende Personen bevollmächtige ich, meine oben getroffenen Verfügungen durchzusetzen und darüber hinaus in den Fällen statt meiner zu entscheiden, die ich nicht vorverfügt habe. Sie sind im Fall von Lebensgefahr

zu benachrichtigen. Der behandelnde Arzt darf an sie Auskunft geben, er ist ihnen gegenüber von seiner Schweigepflicht entbunden.

1. Bevollmächtigte/r

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

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

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

2. Bevollmächtigte/r

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift Vollmachtgeber/in

Diese Patientenverfügung wurde zur Verfügung gestellt von:



Humanistische Union e.V.  
Greifswalder Straße 4  
10405 Berlin  
Tel.: 030 / 204 502 56  
Fax: 030 / 204 502 57  
E-Mail: info@humanistische-union.de

Weitere Vordrucke sowie Informationen im Internet unter:  
<http://www.humanistische-union.de/shortcuts/patientenverfuegung/>.

Stand: August 2008

## Duplikat der Patientenverfügung von:

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

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

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

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

### Hinterlegt bei:

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

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

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

### Ich verfüge gegenüber meinen Ärzten:

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und erkläre deshalb, dass ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden bin, falls ich in einem Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion (Decerebration) gerate oder wenn überlebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer nicht therapierbar ausfallen.

Ich verfüge: Die Therapie ist einzustellen, wenn feststeht, dass die Schädigung nicht mehr zu beheben ist.

Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und erkläre deshalb, dass im Falle einer zum Tode führenden Krankheit, bei der mit keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes – z.B. Aufwachen aus dem Koma – zu rechnen ist, von allen das Sterben verlängernden Maßnahmen einschließlich einer künstlichen Ernährung abzusehen ist.

Auch mit medizintechnischen Maßnahmen, die lediglich dazu dienen, eine Organentnahme zu ermöglichen, bin ich nicht einverstanden. [Dieser Satz kann gestrichen werden, wenn Sie Organspender sein wollen.]

Ich wünsche, solange ich lebe, menschenwürdig zu leben, und erkläre deshalb meine Einwilligung in eine ärztliche Therapie zur Linderung von Leiden und Schmerzen, auch wenn hierzu benutzte Medikamente zur Bewusstseinsausschaltung führen oder wegen ihrer – vom Arzt nicht beabsichtigten – Nebenwirkungen zu einem frühen Tod führen sollten.

Darüber hinaus erkläre ich Folgendes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diese von mir eigenhändig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte abgegebene Verfügung bitte ich zu meinen Krankenunterlagen zu nehmen. Zu Maßnahmen, die dieser Verfügung widersprechen, verweigere ich ausdrücklich die Zustimmung.

Die namentlich aufgeführten Personen, werden auf die Einhaltung dieser Verfügung achten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verfügende/r

Ich bestätige, dass diese Verfügung von dem/der Ausstellenden eigenhändig unterschrieben wurde.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Duplikat-Empfänger/in

Hinweis: Es geht hier nicht um „Tötung auf Verlangen“ gemäß § 216 StGB, sondern um humane Behandlung, wozu Ärzte verpflichtet sind. Sollten Ärztinnen und Ärzte den hier geäußerten Willen einer Patientin oder eines Patienten nicht respektieren, könnten sie wegen Körperverletzung angeklagt werden, da jede ärztliche Behandlung eine Körperverletzung darstellt, wenn keine Einwilligung vorliegt.

## Bevollmächtigung

Folgende Personen bevollmächtige ich, meine oben getroffenen Verfügungen durchzusetzen und darüber hinaus in den Fällen statt meiner zu entscheiden, die ich nicht vorverfügt habe. Sie sind im Fall von Lebensgefahr zu benachrichtigen. Der behandelnde Arzt darf an sie Auskunft geben, er ist ihnen gegenüber von seiner Schweigepflicht entbunden.

### 1. Bevollmächtigte/r

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

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

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

### 2. Bevollmächtigte/r

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Verfügenden

Diese Patientenverfügung wurde zur Verfügung gestellt von:



Humanistische Union e.V.  
Greifswalder Straße 4  
10405 Berlin

Tel.: 030 / 204 502 56  
Fax: 030 / 204 502 57

E-Mail: [info@humanistische-union.de](mailto:info@humanistische-union.de)

Weitere Vordrucke sowie Informationen im Internet unter:  
[www.humanistische-union.de/shortcuts/patientenverfuegung/](http://www.humanistische-union.de/shortcuts/patientenverfuegung/)