



## Patiententestament

(Patientenverfügung in Anlehnung nach Prof. Dr. W. Uhlenbruck)

### I. Personalien

#### Angaben zur Person

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Vor- und Zuname			Geburtsort
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
Telefon		E-Mail	

#### Nächste/r Angehörige/r bzw. Bevollmächtigte/r

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Vor- und Zuname			Geburtsort
Status Angehöriger/Bevollmächtigter			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
Telefon		E-Mail	

#### Hausarzt

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Titel
Vor- und Zuname			
Facharzt für			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
Telefon / Telefax		E-Mail	

#### Wichtige Vorerkrankungen

Gegebenenfalls von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen lassen!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## II. Vorinformationen

Nachfolgende Erklärungen gebe ich nicht nur im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und bei voller Entscheidungsfähigkeit ab, sondern nach sorgfältiger Information in voller Kenntnis von Inhalt und Tragweite meines hier geäußerten Willens:

Das Leben ist für mich von hohem Wert. Es gibt jedoch Situationen, in denen das Leben nur noch ein Martyrium bzw. eine Folter darstellt und der Tod die ersehnte Erlösung von einem für mich unerträglichen Leiden bedeuten würde. In einem solchen Fall möchte ich **selbst entscheiden** dürfen, ob mein Leben mit den Mitteln der modernen Apparatemedizin künstlich aufrechterhalten und mein Leiden verlängert wird oder ob dem Krankheits- bzw. Sterbevorgang sein natürlicher Verlauf gelassen wird.

Über **Lebenmüssen** und **Sterbendürfen** entscheiden meine eigenen Wertvorstellungen, nicht dagegen die der Ärzte, Angehörigen oder sonstiger Personen. Auch ein von mir Bevollmächtigter hat sich bei seinen Entscheidungen, die er für mich in Gesundheitsangelegenheiten trifft, an meinen Wertvorstellungen zu orientieren und nicht daran, was medizinisch und technisch machbar ist.

**Ärzte, Pflegepersonal** und **Angehörige** sowie sonstige mir **nahestehenden Personen** sollen sich nicht danach richten, was sie selbst oder andere Menschen in einer solchen Situation wünschen würden, sondern sich ausschließlich an meinen in diesem Patienten-Testament niedergelegten Willen halten, gleichgültig, ob sie diesen vernünftig und medizinisch vertretbar finden oder nicht.

Ich bitte darum, natürlichen Vorgängen eines Sterbeprozesses und unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankungen gegenüber den technischen Möglichkeiten einer zeitlich begrenzten Lebensverlängerung absoluten Vorrang einzuräumen. Ich schätze die Lebensqualität in jedem Fall höher ein als die Lebensquantität, zumal wenn letztere mit Schmerzen, Qualen oder dauernder Bewusstlosigkeit verbunden ist. Ich möchte nach Möglichkeit meine letzten Wochen, Tage oder Stunden in einer mir vertrauten Umgebung verbringen.

Von lebensverlängernden und -erhaltenden Maßnahmen bitte ich nicht nur im Endstadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung Abstand zu nehmen, sondern auch dann, wenn ich **geistig so verwirrt** sein sollte, dass ich meine Umgebung nicht mehr erkenne, wenn ich **längere Zeit ohne Bewusstsein** bin oder an **unerträglichen Schmerzen** leiden sollte, die auch mit den Mitteln moderner Schmerztherapie nicht beseitigt werden können.

Ich bin mir bewusst, dass ich bei **Einstellung der künstlichen Ernährung** oder der **Flüssigkeitszufuhr** verhungere oder verdurste. Diese Folge nehme ich für den Fall längerer Bewusstlosigkeit bzw. des „Wachkomas“ ausdrücklich in Kauf.

### III. Anweisung an meine Ärzte

1. Ich weiß, dass ich weder meinen Ärzten noch dem Pflegepersonal eine strafbare aktive Tötung zumuten kann, wenn mein Zustand nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens nicht erwarten lässt.

Hat mein Leiden oder haben meine Verletzungen mit infauster (hoffnungsloser) Prognose aber einen **irreversiblen Verlauf** genommen oder ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann, wie z.B. bei schweren Hirnschäden oder länger andauerndem Wachkoma, so **verlange ich den Verzicht auf weitere ärztliche Behandlung, Eingriffe und lebenserhaltende Maßnahmen**. Sollten solche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, **bestehe ich auf dem Abbruch dieser Maßnahmen**. Mit einer **Intensivtherapie** bin ich nur einverstanden, wenn diese der **Leidensminderung** dient. **Maßnahmen der Wiederbelebung** verweigere ich auch dann, wenn im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit, bei dauernder Verwirrung oder Desorientiertheit sowie bei voraussichtlich dauerhafter Schädigung des Gehirns mit der Folge einer Hilflosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit bei mir ein Herzstillstand oder Bewusstseinsverlust eintritt.

2. Meine behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal bitte ich, ihre Bemühungen auf die **Hilfe beim Sterben**, also auf eine **Linderung von Beschwerden** bei gleichzeitigem **Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen** zu beschränken. Hierunter verstehe ich nicht nur eine meinen menschlichen Grundbedürfnissen entsprechende ärztliche Betreuung, Unterbringung und Pflege, sondern auch die optimale Behandlung von Schmerz, Atemnot, Depression, Übelkeit und Erbrechen, Angst und Unruhe.

Ich bin mir dabei bewusst, dass bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen die Leidensminderung so stark im Vordergrund stehen kann, dass zugleich die **Möglichkeit einer Lebensverkürzung** als ungewollte Nebenwirkung eintritt. Auch diese rechtlich wie theologisch zulässige „**indirekte Sterbehilfe**“ wird von mir in Kauf genommen und soll für Ärzte und Pflegepersonal keine rechtlichen Folgen haben.

3. Ich bin mir darüber im Klaren, dass auch bei einer **Bewusstlosigkeit („Wachkoma“)**, die länger als 6 Monate andauert, die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass ich irgendwann – mit oder ohne zerebrale Dauerschäden – aufwache. Ich möchte aber – nicht zuletzt auch angesichts meines Alters – trotzdem nicht künstlich am Leben gehalten werden, wie z.B. durch eine Magenfistel, Nasensonde oder parenterale Ernährung über die Vene. Ich erwarte, dass meine Ärzte in einem solchen Fall auf die **Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen verzichten**, wie z.B. auf die Anwendung von Antibiotika. Dabei bin ich mir bewusst, dass zu den lebenserhaltenden Maßnahmen insbesondere die künstliche Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse gehören. Diese Maßnahmen sollen nur zulässig sein, wenn es zur Leidensminderung, vor allem Schmerzlinderung unbedingt notwendig ist.

4. Die Prognose, ob mein Zustand oder meine Krankheit zum Tode führen oder mir nach aller Voraussicht Schmerzen oder Qualen bereiten wird, sollte von **zwei Ärzten, wobei einer mein Hausarzt sein sollte**, getroffen werden.

5. Zur eigenen Absicherung sei meinen Ärzten empfohlen, dieses **Patienten-Testament zu den Krankenunterlagen zu nehmen** und im Krankenblatt zu vermerken, dass eine Intensivtherapie, ein Eingriff, eine Behandlung oder Reanimation angesichts des Befundes nur noch einer sinnlosen Sterbensverlängerung gedient hätte. **Ärzte, die vorstehenden Anordnungen Folge leisten, handeln im Sinne des geltenden Rechts.**

6. Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Gewebe zur Transplantation infrage kommt, erkläre ich:

<i>oder</i>	<input type="checkbox"/> Ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
<i>oder</i>	<input type="checkbox"/> Ja, ich gestatte dies, <b>mit Ausnahme</b> folgender Organe/Gewebe: _____
<i>oder</i>	<input type="checkbox"/> Ja, ich gestatte dies, jedoch <b>nur</b> für folgende Organe/Gewebe: _____
<i>oder</i>	<input type="checkbox"/> Nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Gewebe.
	<input type="checkbox"/> Über Ja oder Nein soll folgende Person entscheiden: Name _____ Anschrift _____ Telefon _____

---

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Diese Willenserklärung wurde zur Bekräftigung erneut bestätigt:**

Anm.: Dieses Patiententestament ist auch unabhängig von einer erneuten Bestätigung gültig.

---

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_