

Patientenverfügung

Mit Informationen und Hinweisen zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Seite 2: Informationen zum Betreuungsrecht

Seite 3: Informationen zur Patientenverfügung

Seite 4-13: Die Patientenverfügung

**Seite 14-15: Ansprechpartner, Medikamente und
Vorerkrankungen.**

Seite 16: Öffnungszeiten des Stadtseniorenrates

Erstellt vom Stadtseniorenrat Singen mit Textbausteinen aus der Broschüre
„Patientenverfügung“ des Bundesministeriums der Justiz und Verbraucherschutz.

Informationen des Stadt senioren rates Singen zum Betreuungsrecht.

1. Der SSR gibt keine rechtliche Beratung, er informiert nur.
2. Die Vorsorgevollmacht ist sofort gültig. Sobald der Bevollmächtigte das unterschriebene Original in den Händen hält, kann er alles ihm erlaubte sofort umsetzen. Die Betreuungsverfügung wird erst bei Bedarf vom Amtsgericht bestätigt.
3. Wofür brauche ich bei der Vorsorgevollmacht noch die Betreuungsverfügung (Seite 4 Punkt 8)? Um auf Gesetzesänderungen vorab reagiert zu haben und alles in einer Hand zu belassen.
4. Es ist sinnvoll, dass Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer gemeinsam die Vorsorgevollmacht erstellen.
5. Bankvollmachten müssen direkt bei den Sparkassen und Bankinstituten erteilt werden.
6. **Eine ausführliche Beratung und Beglaubigung vom Versorgungsamt Radolfzell sollte unbedingt erfolgen. Bitte vorher anmelden unter Tel. 07531/8002663, 78315 Radolfzell, Scheffelstr. 15.**
7. Ein Eintrag in das Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer ist sehr sinnvoll.
Telefon: (0800) 35 50 500 (gebührenfrei)
Telefax: (030) 38 38 66 77
E-Mail: info@vorsorgeregister.de
Internet: www.vorsorgeregister.de
8. Der Vollmachtnehmer sollte einfach an alle Unterlagen, Formulare, Konten, Passwörter, Emailadressen..., um die er sich kümmern soll, herankommen, am besten man sieht das mal gemeinsam durch.

Informationen des Stadt senioren rates Singen zur Patientenverfügung

1. Die Patientenverfügung ist mit ihrer Unterschrift gültig, es wird keine Beglaubigung verlangt.
2. Es kann sinnvoll sein mit dem Arzt ihres Vertrauens darüber zu sprechen. Im Seniorenbüro der Stadt bekommen sie zudem kostenlose kompetente Beratung, bitte telefonisch Termin vereinbaren.
Frau Glocker Q-Z (Tel. 85 540)
Frau Ritter A-P (Tel. 85 560)
3. Wenn sie einen Internetanschluss besitzen und sich mit Word auskennen, können sie sich die Textbausteine des BMJV unter:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenverfuegung.html>
herunterladen und bearbeiten.
Für alle Anderen haben wir ankreuzbare Vorlagen aus den Textbausteinen des Bundes erstellt, die sie bei uns erhalten können.
4. Alle Broschüren können sie auch kostenlos beim Bund bestellen.
Internet: www.bmjv.de
per Post: Publikationsversand der Bundesregierung;
Postfach 48 10 09; 18132 Rostock
Telefon: (030) 18 272 272 1 Fax: (030) 18 10 272 272 1
5. Auch für die Patientenverfügung ist ein Eintrag in das Zentrale Vorsorgeregister sinnvoll.
Telefon: (0 800) 35 50 500 (gebührenfrei)
Telefax: (0 30) 38 38 66 77
E-Mail: info@vorsorgeregister.de
Internet: www.vorsorgeregister.de
6. Für alleinlebende Menschen gibt die Notfalldose Sicherheit, dass ihre Patientenverfügung auch schnellstmöglich in die Hand des behandelnden Arztes kommt.
Fragen sie uns bitte dazu,
wir haben die Dosen hier im Stadt senioren rat Singen vorrätig.

Patientenverfügung

Dieses Dokument ist mit den Textbausteinen aus der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums, vom Stadt seniorenrat Singen, erstellt worden.

Stand August 2025.

Für die Patientenverfügung gilt insgesamt, dass auf allgemeine Formulierungen möglichst verzichtet werden soll. Vielmehr muss möglichst konkret beschrieben werden, in welchen Situationen die Patientenverfügung gelten soll (Formulierungshilfen hierzu unter 2.2) und welche Behandlungswünsche in diesen Situationen bestehen (Formulierungshilfen hierzu unter 2.3). Auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sollte sich aus der Patientenverfügung sowohl die konkrete Behandlungssituation (z. B.: „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“) als auch die auf diese Situation bezogenen Behandlungswünsche (z. B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) ergeben. Aus diesem Grund wird in den Textbausteinen unter 2.3, die Formulierungshilfen zu bestimmten ärztlichen Maßnahmen enthalten, jeweils ausdrücklich Bezug auf die zuvor beschriebene konkrete Behandlungssituation genommen („In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,“). Insbesondere sollte der Textbaustein unter 2.3.1, wonach „alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden“ sollen, nicht ausschließlich, sondern stets im Zusammenhang mit weiteren konkretisierenden Erläuterungen der Behandlungssituationen und medizinischen Maßnahmen verwendet werden (vgl. auch Fußnote 7).

Im Einzelfall kann sich die erforderliche Konkretisierung aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben (vgl. Beschluss des BGH vom 8. Februar 2017).

Eingangsformel

Ich, (Name, Vorname),

geboren am.....,

wohnhaf t in.....,

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,

2.2 Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde...

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) 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 Entzündung 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 dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist. **5**

-
- 5** Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei

Ja; ☐ **Nein**: ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. **6**

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.⁷

2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung.⁸

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

- 6 Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patientinnen und Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennen die Kranken selbst nahe Angehörige nicht mehr und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.
- 7 Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.3.2 ff. enthalten sind, kombiniert wird.
- 8 Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.⁹

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeits- zufuhr erfolgen.

2.3.4 Wiederbelebung.¹¹

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Versuche der Wiederbelebung.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

2.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

- 9 Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf).
- 10 Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.
- 11 Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

2.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

2.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: keine Antibiotika.

2.3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation¹⁰ zur Beschwerdelinderung.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

2.4 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

wenn möglich in einem Hospiz sterben. Ich möchte

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Beistand durch folgende Personen:

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: hospizlichen Beistand.

2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

2.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: meiner/meinem Bevollmächtigten.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: anderer Person: ...

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: 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/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen 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. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

Alternativen

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: meiner/meinem Bevollmächtigten.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: anderer Person: ...

2.7

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

2.8 Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

2.9 Organspende

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu¹² (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

Alternativen.¹³

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

¹² Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wissenswertes über die Organspende“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 50819 Köln, per Fax unter: (02 21) 899 22 57 und per E-Mail unter: bestellung@bzga.de. Unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 90 40 400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefons beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.

¹³ Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspende Erklärung enthält ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, erhältlich unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Arbeitspapier_Patientenverfuegung_Organspende_18012013.pdf. Darin sind auch Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung vorgeschlagen.

2.10 Schlussformel

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung. **14**

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

2.11 Information/Beratung

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert

bei/durch _____

und beraten lassen durch _____

2.12 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes **15** _____

2.13 Aktualisierung

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
oder

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

☐ **Ja**; ☐ **Nein**: Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

Alternativen

in vollem Umfang. _____

mit folgenden Änderungen: _____

Datum _____

Unterschrift _____

14 Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass die Erstellerin oder der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

15 Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

Wichtiger Hinweis vom Stadt seniorenrat Singen:

Bitte reden sie mit der Person, die diese Patientenverfügung gegebenenfalls für sie durchsetzen soll. Das ist im Regelfall die Person, die in ihrer Vorsorgevollmacht genannt ist. Je besser bekannt und verstanden wird, warum sie z.B. nicht weiter beatmet werden wolle, umso leichter tut sich genannte Person bei der Durchführung dieser Aufgabe, Bedenken sie, wie schwer sich ihre Frau, Tochter oder Sohn tut, die Abschaltung der Lebenserhaltenen Maßnahmen zu veranlassen. Ein paar Häkchen in der Patientenverfügung, reichen da oft nicht aus.

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Oder:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

**Falls sie wichtige Medikamente einnehmen müssen,
macht es Sinn, hier einen aktuellen Medikamentenplan
einzulegen.**

Persönliche Daten und wichtige Informationen:		
Frau ☐	Herr ☐	Nationalität:
Name:		Muttersprache:
Vorname:		Religion:
Geb. am:		Krankenkasse:
		Vers.-Nr.:
		Blutgruppe:
Allergien und Unverträglichkeiten von Medikamenten und Lebensmitteln:		
Hausärztin/-arzt:		Pflege Privat / Pflegedienst:
Name:		Name:
Anschrift:		Anschrift:
Telefon:		Tel. Arbeit:
Fax:		Tel. Privat:
		Tel. Mobil:
Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus:		
Nehmen Sie Medikamente:		
☐ Asthma	☐ Epilepsie	
☐ MS	☐ Herz	
☐ Diabetes	☐ Blutdruck	
☐ Demenz	☐ Parkinson	
☐ Schlaganfall		
Haben Sie Erkrankungen/ Therapien die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben könnten?		
☐ Ja ☐ Nein	Herzinfarkt	Wann?
☐ Ja ☐ Nein	Herzschrittmacher	Wann?
☐ Ja ☐ Nein	Bypass Operation	Wann?
☐ Ja ☐ Nein	Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Werte:
☐ Ja ☐ Nein	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Werte:
☐ Ja ☐ Nein	Schneller Puls (Tachykardie)	Werte:
☐ Ja ☐ Nein	Langsamer Puls (Bradykardie)	Werte:
☐ Ja ☐ Nein	Diabetes	Typ:
☐ Ja ☐ Nein	Schlaganfall	Wann?
☐ Ja ☐ Nein	Nierenerkrankung / Dialyse	Seit:
☐ Ja ☐ Nein	Anfallsleiden / Epilepsie	Welches?



**August-Ruf-Str. 13, in der Marktpassage
78224 Singen (Hohentwiel)
www.stadtseniorenrat-singen.de
stadtseniorenrat-singen@gmx.de
Tel. während der Bürozeiten 07731 1439996**

Öffnungszeiten:

Montag von 10:00 bis 12:00

zu unserem **offenen Seniorentreff** mit
Kaffee, Spiele und Gespräche.

Dienstag und Mittwoch 14:00 bis 17:00 Uhr

Computeria mit Smartphone- iPhone- und PC-Hilfe.

Wenn vorhanden, bringen sie ihr eigenes Gerät bitte mit.

Donnerstag 9:00 bis 12:00

Beratungs- und Gesprächszeit

Informationen zur Vorsorgevollmacht, der Patientenverfügung,
Hilfe bei nichtverständlichen Schreiben und sonstiges,
oder einfach nur für ein nettes Gespräch.

Immer am 2. Donnerstag im Monat, bieten wir ein Gesprächsangebot für
Angehörige zum Thema „**Demenz**“ an.

Jeden 3. Donnerstag im Monat, findet eine Beratung der
Behindertenvertretung der Stadt Singen statt.

Sonntag 10:30 bis 12:00 Uhr

Sonntagsspaziergang mit dem Stadtseniorenrat

Treffpunkt 10:30 am Narrenbrunnen vor dem Rathaus

Der Stadtseniorenrat Singen ist eine unabhängige Arbeitsgemeinschaft
und ist ehrenamtlich für sie tätig.

Unsere Bankverbindung: „Stadtseniorenrat Singen“

Sparkasse Hegau-Bodensee, IBAN: DE33 6925 0035 0003 6099 63, BIC: SOLADES1SNG

Wir danken für ihre Unterstützung!