



Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Leopoldstraße 16 • 32756 Detmold • Telefon 05231-962800
e-mail: info@hospiz-lippe.de • Internet: www.hospiz-lippe.de

Informationen zur Patientenverfügung für Personen ohne Bevollmächtigten

Immer mehr Menschen machen sich Gedanken darüber, ob sie bei schwerer Erkrankung in jedem Fall alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen wollen. Viele können sich Situationen vorstellen, in denen sie auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten wollen.

Wenn nichts vorweg bedacht und geregelt ist, können Ärzte und Angehörige am Bett eines schwerstkranken oder bewusstlosen Patienten kaum herausfinden, ob lebensverlängernde Maßnahmen in seinem Sinn wären.

Besonders belastend ist eine Situation, in der die Angehörigen/Freunde in der Einschätzung des Patientenwillens sich nicht einig sind oder es niemanden

gibt, der danach gefragt werden kann. Deshalb gibt es die Möglichkeit, in guten Tagen aufzuschreiben, in welchen Krankheitssituationen lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben sollen.

Selbstverständlich kann niemand Einzelheiten aller denkbaren Notsituationen im Voraus bedenken und regeln.

Daher ist es sinnvoll, eine umfassende Patientenverfügung zu verfassen und die eigenen Lebens- und Wertvorstellungen darzulegen. Einen Vordruck, den der Verein mit Hilfe von Ärzten und Juristen erarbeitet hat, finden Sie anbei. Auf einem Beiblatt können Sie weitere Erklärungen zu Ihren persönlichen Wertvorstellungen/Lebenseinstellungen anfügen. →

2 Faltkarten für Handschuhfach und Portmonee (bitte einfach ausschneiden)

Ich habe eine Patientenverfügung.

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

Ich habe eine Patientenverfügung.

Mein Name

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Solange sie sich bei meinen persönlichen Unterlagen befindet, soll sie Geltung haben. Ich wünsche, dass mir in der akuten Situation nicht eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Ort / Datum

Vorname, Name

Geburtsdatum

Meine vollständige Unterschrift

Diese Patientenverfügung ist nach § 1827 ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) für jedermann rechtsverbindlich. Sie kann bei Missachtung mit anwaltlicher Hilfe, ggf. auch gerichtlich, gegen Kliniken, Ärzte und Pflegeheime durchgesetzt werden. Eine Missachtung ist zudem als Körperverletzung strafbar.

Die Umsetzung einer Patientenverfügung bedarf nur in Konfliktfällen zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (§ 1829 BGB).

Wer gegen diese Patientenverfügung verstößt, kann zu Schadensersatz- und Schmerzensgeldzahlung verpflichtet werden (BVerfG vom 7. 4. 2022, 1BvR 1187/19).

**Bestätigung der Unterschrift durch einen Zeugen/
ggf. Arzt**

Ich bestätige, dass Herr/Frau

diese Patientenverfügung eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort / Datum

Vorname, Name

Straße

PLZ / Ort

Unterschrift des Zeugen / ggf. Arztes

Als Anlagen füge ich bei:

- Erklärung zur Organspende
- Meine persönlichen Wertvorstellungen/
Lebenseinstellungen
- Sonstiges: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Auskünfte erteilt kostenlos: Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

32756 Detmold
Leopoldstraße 16
☎ 05231 - 962800

32657 Lemgo
Kramerstraße 10
☎ 05261 - 777383

32105 Bad Salzuflen
Lange Straße 9
☎ 05222 - 3639310

32791 Lage
Lange Straße 72
☎ 05222 - 3639310

Unsere Spendenkonten

Sparkasse Paderborn-Detmold
Sparkasse Lemgo

IBAN: DE92 4765 0130 0047 4747 47
IBAN: DE58 4825 0110 0004 4444 44

Dieses Formular darf vervielfältigt, inhaltlich geändert, erweitert oder gekürzt werden

8. überarbeitete Auflage, Januar 2023