


# Patienten- und Organverfügung

RECHTLICH GEPRÜFT § 09/2026

Mit einer Patienten- und Organverfügung stellst Du sicher, dass Du auch dann selbstbestimmt bleibst, wenn Du nicht in der Lage sein solltest, wichtige Entscheidungen für Dich zu treffen. Du legst vorsorglich Vertrauenspersonen fest, die in Deinem Sinne Entscheidungen und Vorstellungen gegenüber Ärzten und Gerichten vertreten sollen, wenn ein Weiterleben medizinisch nicht möglich oder aus Deiner Sicht nicht gewünscht ist.

**Sollte ich** (Vor- und Nachname) _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

Telefon _____

**aufgrund einer möglichen Gebrechlichkeit, Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinseintrübung, durch Unfall, Krankheit oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage sein, meine eigenen Wünsche, Vorstellungen und meinen eigenen Willen gegenüber meinen behandelnden Ärzten zu äußern und eine lebensverlängernde Weiterbehandlung durch die Ärzte für mich keinen Sinn mehr machen, bevollmächtige ich hiermit:**

Vor- und Nachname _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

Telefon _____

und

Vor- und Nachname _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

Telefon _____

**als entscheidungsbefugte bevollmächtigte Person,**
mich in allen medizinischen Angelegenheiten zu vertreten und meinen Willen entsprechend dieser Patienten- und Organverfügung durchzusetzen, gegebenenfalls auch mit Hilfe eines Gerichts oder eines Anwalts.

Meine Bevollmächtigten dürfen in sämtliche Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten einwilligen, die Einwilligung hierzu verweigern oder zurücknehmen, Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nicht ärztliche Mitarbeiter gegenüber meinen Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

Die Bevollmächtigten dürfen einzeln und unabhängig voneinander entscheiden. Wenn sich aber die Bevollmächtigten widersprechen, sollen die Bevollmächtigten in der hier genannten Reihenfolge – beginnend mit der erstgenannten Person – vorrangig entscheiden.

**Nachdem ich mich über die rechtlichen und medizinischen Konsequenzen informiert habe, treffe ich für die mich behandelnden Ärzte nachfolgende Festlegungen für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu äußern.**

**Wenn meine Bevollmächtigten nach ärztlicher Beratung der Überzeugung sind, dass eine der folgenden Situationen vorliegt, dann sollen meine Bevollmächtigten über die Umsetzung der Patienten- und Organverfügung entscheiden:**

☐ wenn bei mir der Sterbeprozess unmittelbar und unabwendbar eingesetzt hat,

☐ wenn ich eine unheilbare tödliche Krankheit habe, die sich im Endstadium befindet, bei der aber der Todeszeitpunkt noch nicht exakt ermittelbar ist und die Ärzte keine Überlebenschance sehen,

☐ wenn meine Fähigkeiten wie Entscheidungsfindung, Meinungsbildung sowie mit anderen Menschen zu kommunizieren aufgrund einer Hirnschädigung (egal, wodurch diese verursacht wurde) unwiederbringlich verloren sind,

☐ wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. Demenzerkrankung) nur noch durch Zwangsernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr am Leben erhalten werde,

☐ wenn ich im Koma liege und keine Chance auf Wiedererlangung des Bewusstseins habe,

**wünsche ich** (wobei die nachfolgenden Anweisungen auch für vergleichbare, oben von mir nicht ausdrücklich erwähnte Situationen gelten sollen),

☐ dass alle Maßnahmen und Behandlungen, die mein Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Heilung oder Linderung hinauszögern würden, unterbleiben. Mein Bedürfnis, Hunger und Durst zu stillen, soll nur auf natürliche Weise, gegebenenfalls mit fremder Hilfe befriedigt werden. Ich wünsche fachgerechte Pflege- und Hygienemaßnahmen (z. B. von Mund und Schleimhäuten), menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Leiden und anderer belastender Symptome (z. B. Atemnot, Angst, Schmerzen, Übelkeit, Unruhe etc.).

☐ dass keine Zwangsernährung durch Apparatemedizin (z. B. mittels Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke/Magenfistel) erfolgt.

☐ dass nur noch eine reduzierte künstliche Zufuhr von Flüssigkeit vorgenommen wird.

☐ dass eine künstliche Beatmung bei mir nicht begonnen bzw. eine schon begonnene Beatmung eingestellt wird und stattdessen die Gabe schmerzlindernder Medikamente mit dem Ziel, schmerzfrei ohne Apparate selbstständig zu atmen, stattfindet.

☐ dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung auch durch bewusstseinsdämpfende Mittel, wie Morphin, erfolgen soll, auch dann, wenn damit (in Ausnahmefällen) eine todesbeschleunigende Wirkung verbunden ist.

☐ dass eine Gabe von Antibiotika als Heilmittel unterbleibt, Antibiotika aber zur Symptombehandlung und Schmerzlinderung eingesetzt werden.

☐ dass bei mir keine Dialyse (künstl. Blutwäsche) mehr durchgeführt und eine begonnene Dialyse eingestellt wird.

☐ dass bei mir eine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur als Maßnahme zur Schmerz- und Beschwerdelinderung (z. B. Atmung) erfolgen soll.

☐ dass bei mir Versuche zu meiner Wiederbelebung unterbleiben.

## MEINE FESTLEGUNGEN ZUR ORGANSPENDE (ORGANVERFÜGUNG)

Mir ist bewusst, dass eine Organ- und Gewebeentnahme grundsätzlich nur nach meinem Hirntod und nach intensivmedizinischen Maßnahmen zur Feststellung des Hirntodes möglich ist. Der Hirntod ist anschließend von mindestens zwei Ärzten nach den Richtlinien der Bundesärztekammer unabhängig voneinander festzustellen. Diese Ärzte dürfen an der späteren Organentnahme nicht beteiligt sein. Die Organ- und Gewebeentnahme wird in aller Regel nach der eindeutigen Feststellung meines Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf stattfinden.

**Für den Fall, dass bei mir der Hirntod festgestellt wurde, verfüge ich:**

☐ **Zustimmung**
Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und meines Gewebes nach meinem Tod zu Transplantationszwecken uneingeschränkt zu.

☐ **Ablehnung**
Ich lehne eine Entnahme meiner Organe und meines Gewebes nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

☐ **Teilweise Zustimmung**
Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und meines Gewebes nach meinem Tod zu Transplantationszwecken grundsätzlich zu. Aber folgende Organe bzw. Gewebe sollen nicht entnommen werden (z. B. Augen, Haut, Herz):

_____

_____

☒ **Bedingte Zustimmung**
Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und meines Gewebes nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zwar grundsätzlich zu, jedoch muss mindestens einer meiner Bevollmächtigten ausdrücklich seine Einwilligung erteilen.

Ich wünsche, in Ruhe und Würde zu sterben.

Ich erwarte, dass die mich behandelnden Ärzte meine Patienten- und Organverfügung als verbindlich annehmen und entsprechend meinem Willen verfahren, weil eine andere als die in meiner Patienten- und Organverfügung zum Ausdruck gebrachte Entscheidung für mich nicht in Frage kommt.

Im Konfliktfall sollen meine Bevollmächtigten die letzte Entscheidung haben, da sie mich und meine persönliche Einstellung kennen und als Einzige in der Lage sind, meinen hier geäußerten tatsächlichen oder auch meinen mutmaßlichen Willen zu bestimmen.

Die vorangegangenen Entscheidungen habe ich nach eingehender und reiflicher Überlegung getroffen.
Sie stellen meine ethische Grundeinstellung zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar.

Ich habe diese Patienten- und Organverfügung freiwillig, ohne äußeren Druck und in einsichtsfähigem Zustand verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachte, dass Du Deine Patienten- und Organverfügung unterschreibst, damit sie wirksam ist. Zeugen oder Ärzte müssen nicht unterschreiben.
Patienten- und Organverfügungen müssen nicht regelmäßig aktualisiert oder beglaubigt werden. Wichtig ist, dass Du die Patienten- und Organverfügung so aufbewahrst, dass sie im Fall der Fälle auch gefunden wird. Hier macht u. a. ein Notfallordner mit allen wichtigen Dokumenten Sinn, auf den Deine bevollmächtigten Vertrauenspersonen Zugriff haben.

**DELA Lebensversicherungen**
Zweigniederlassung Deutschland der DELA Natura- en levensverzekeringen N.V., Eindhoven
Platz der Ideen 2 · 40476 Düsseldorf · Tel. 0211 542686-0 · Fax 0211 542686-99
Amtsgericht Düsseldorf HRB 82066 · Hauptbevollmächtigter: Edwin Brouwers
**www.dela.de**

Hauptniederlassung: DELA Natura- en levensverzekeringen N.V.,
Oude Stadsgracht 1 · 5611 DD Eindhoven · Handelsregister-Nr. 17078393