

## Patientenverfügung für den Bereich der psychischen Gesundheit

---

### 1. Persönliche Angaben

1.1 Vorname(n), Name: \_\_\_\_\_

1.2 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

1.3 Adresse: \_\_\_\_\_

1.4 Meine persönliche Situation und Einstellung zu meiner Erkrankung, zu psychischen Krisen und zur Behandlung:

Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte eine extra Seite.

1.5 Für den Fall, dass ich im Rahmen einer psychischen Krise oder Krankheit nicht mehr in der Lage bin, in bestimmte medizinische Maßnahmen rechtswirksam einzuwilligen, soll Folgendes beachtet werden bzw. bestimme ich das Folgende:

Hinweis: Falls Sie weitere Patientenverfügungen haben, die andere Situationen, z.B. körperliche Erkrankungen, betreffen, fügen Sie diese bitte bei oder geben Sie an, wo die weiteren Dokumente aufbewahrt werden.

1.6 Ich habe Dokumente im Vorsorgeregister der Notarkammer registriert.      ja      nein

## 1.7 Rechtliche Vertretung und Umsetzung meiner Behandlungswünsche

Bitte kreuzen Sie hier nur eine Option an.

Ich habe eine Vorsorgevollmacht. Bevollmächtigt ist: (Name und Telefonnummer)

---

Ich habe einen gerichtlich bestellten Betreuer: (Name und Telefonnummer)

---

Wenn ein Betreuer bestellt werden muss, schlage ich dem Gericht die folgende Person vor: (Name, Adresse und Telefonnummer)

---

---

Es soll kein Betreuer bestellt werden, sofern das rechtlich möglich ist.

---

## 2. Für den Fall einer Krankenhausaufnahme

### 2.1 Benachrichtigung nahestehender Personen sowie ggf. des Arbeitgebers und eines Rechtsvertreters

Ich wünsche, dass die folgenden Personen umgehend verständigt werden:  
(Namen und Telefonnummern)

---

---

---

### 2.2 Schweigepflichtsentbindung

Ich wünsche, dass die folgenden Personen Auskunft über meine Krankenhausaufnahme, meine Diagnose und meine Behandlung erhalten:  
(Namen und Telefonnummern)

---

---

---

### 2.3 Die folgenden Personen sollen nicht benachrichtigt werden:

---

---

---

### 2.4 Fürsorge für Kinder, andere hilfsbedürftige Personen und Haustiere

In meinem Haushalt sind Kinder zu versorgen: (Name und Alter der Kinder)

---

Zu deren Versorgung soll die folgende Person umgehend verständigt werden:  
(Name und Telefonnummer)

---

In meinem Haushalt sind hilfsbedürftige Personen zu versorgen: (Name und Telefonnummer)

Zu deren Versorgung soll die folgende Person umgehend verständigt werden:  
(Name und Telefonnummer)

In meinem Haushalt sind Tiere zu versorgen: (Art und Anzahl der Tiere)

Zu deren Versorgung soll die folgende Person umgehend verständigt werden:  
(Name und Telefonnummer)

### 3. Medizinische Untersuchungen und Behandlung

#### 3.1 Bei mir sind die folgenden psychischen und/oder körperlichen Krankheiten oder Behinderungen bekannt:

#### 3.2 Bei der Durchführung von medizinischen Untersuchungen (Diagnostik) und Behandlungsmaßnahmen ist Folgendes zu beachten: (z.B. regelmäßig einzunehmende Medikamente, Medikamentenunverträglichkeiten, notwendige Hilfsmittel, notwendige Therapien)

#### 3.3 Weitere Hinweise für meine Behandlung:

#### 3.4 Hinsichtlich der hier aufgeführten medizinischen Untersuchungen bestimme ich das Folgende:

Ich stimme zu      Ich stimme nicht zu

Körperliche Untersuchung und Blutuntersuchungen  
(insbes. zur Feststellung von relevanten körperlichen Krankheiten)

MRT- oder CT-Untersuchungen (insbes. zur Abklärung von Gehirn-entzündungen, Gehirnverletzungen, Schlaganfällen, Hirnblutungen u.a.)

Liquorpunktion (Untersuchung des Nervenwassers) zur Feststellung von entzündlichen Gehirnerkrankungen

Alle weiteren medizinisch angezeigten (indizierten) Untersuchungen

**Bemerkungen:**

**3.5 Hinsichtlich der hier aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bestimme ich das Folgende:**

Ich stimme    Ich stimme  
zu                nicht zu

Behandlung mit antidepressiven Medikamenten

Behandlung mit beruhigenden Medikamenten

Behandlung mit Neuroleptika (Antipsychotika)

Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

**3.6 Ich wünsche die Behandlung konkret mit den folgenden Medikamenten, sofern diese medizinisch angezeigt (indiziert) sind:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**3.7 Folgende Behandlungsmaßnahmen habe ich in der Vergangenheit nicht oder schlecht vertragen:** (Bitte, wenn möglich, Nebenwirkungen angeben)

**Bemerkungen:**

**3.8 Folgende Behandlungsmaßnahmen lehne ich ab:**

---

**Bemerkungen:**

**3.9 Für einen etwaigen Krankenhausaufenthalt habe ich darüber hinaus folgende Wünsche an das Personal:**

### 3.10 Ich lehne eine psychiatrische Behandlung grundsätzlich ab.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass mir daraus unter Umständen ein schwerer, w-möglich dauerhafter und irreversibler gesundheitlicher oder sozialer Schaden entstehen kann. Außerdem ist mir klar, dass diese Ablehnung nicht berücksichtigt wird, wenn der Grund für die zwangsweise Unterbringung die Notwendigkeit der Abwehr von Gefahren für Dritte ist. (Dieser Hinweis ist juristisch erforderlich, vgl. BGH XII ZB 232-21.)

---

## 4. Maßnahmen gegen meinen natürlichen Willen

Hinweis: Maßnahmen gegen den natürlichen Willen einer nicht-einwilligungsfähigen Person (Zwangsmaßnahmen) müssen, wenn möglich, vermieden werden. Bevor Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden dürfen, müssen erst alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Das gilt für zwangsweise Unterbringungen, freiheitsentziehende und -beschränkende Maßnahmen sowie Zwangsbehandlungen.

### 4.1 Zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen eignen sich nach meiner Erfahrung oder Ansicht in psychischen Krisensituationen folgende Maßnahmen, um mich zu stabilisieren oder zu beruhigen:

Eine Vertrauensperson hinzuziehen (Name und Telefonnummer)

---

Kontakt mit meinem/r behandelnden Arzt/Ärztin oder Psychotherapeuten/in aufnehmen (Name und Telefonnummer)

---

Rückzug in eine reizarme Umgebung

Aufenthalt im Freien

Bewegung (z.B. Laufen, Sandsack)

Bad nehmen

Gespräch führen

Intensive Einzelbetreuung

Sonstiges:

---

### 4.2 Unterbringung

**Falls eine zwangsweise Unterbringung nach Ausschöpfung aller Alternativen unumgänglich wird,**

möchte ich nach Möglichkeit in dem folgenden Krankenhaus behandelt werden:  
(Name und Stadt des Krankenhauses)

---

Kreuzen Sie hier bitte nur eine der beiden folgenden Auswahlmöglichkeit an.

möchte ich nach Möglichkeit auf einer offenen Station behandelt werden.

möchte ich nach Möglichkeit auf einer geschützten (geschlossenen) Station behandelt werden.

**Bemerkungen:**

### 4.3 Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Hinweis: Falls eine freiheitsentziehende Maßnahme zur Abwehr einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung nach Ausschöpfung aller Alternativen unumgänglich ist, gibt es verschiedene Alternativen.

Am ehesten würde ich die unten genannten Maßnahmen in folgender Reihenfolge akzeptieren: (1: am ehesten akzeptierte Maßnahme; 3: am wenigsten akzeptierte Maßnahme)

Isolierung

Festhalten

Fixierung

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass nicht jede der aufgeführten Maßnahmen in jedem Krankenhaus vorhanden sein muss.

### 4.4 Bei der Durchführung der Maßnahmen soll Folgendes beachtet werden:

### 4.5 Zwangsbehandlungen

Hinweis: Eine Zwangsbehandlung darf nur nach Ausschöpfung aller Alternativen erfolgen. Vor einer solchen Behandlung gegen den (geäußerten) natürlichen Willen muss immer versucht werden, den Patienten von der Durchführung zu überzeugen.

Falls eine medikamentöse Zwangsbehandlung durchgeführt werden muss, bevorzuge ich, sofern eine entsprechende medizinische Indikation vorliegt:

eine Spritze in den Muskel (i.m.-Injektion)

eine Spritze in eine Vene (i.v.-Injektion)

**Bemerkungen:**

---

## 5. Widerruf und Schlussformel

### 5.1 Umgang mit einem Widerruf meiner Patientenverfügung

**Falls ich diese Patientenverfügung im einwilligungsfähigen Zustand widerrufe, gilt dieser Widerruf unmittelbar. Diese Patientenverfügung ist dann nicht mehr zu beachten.**

Für den Fall, dass ich diese Patientenverfügung in einem Zustand widerrufe, in dem ich nicht einwilligungsfähig bin, bestimme ich das Folgende:

(Bitte kreuzen Sie nur eine Option an)

Ich möchte, dass der Widerruf auch in diesem Fall gilt. Diese Patientenverfügung soll dann nicht mehr beachtet werden.

Ich möchte, dass der Widerruf in diesem Fall nicht beachtet wird. Die Festlegungen in meiner Patientenverfügung sollen weiterhin gelten.

Ich wünsche, dass das Gericht, das über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen entscheidet, den Inhalt dieser Patientenverfügung und meinen hier zum Ausdruck gebrachten Willen im Rahmen seiner Prüfung beachtet.

Ich möchte für diese Situation keine Festlegung treffen.

## 5.2 Schlussformel/Schlussbemerkungen

Ich wünsche, dass diese Patientenverfügung unmittelbar gilt, auch wenn ich keine ärztliche Aufklärung in Anspruch genommen habe. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

---

Ort

Datum

Unterschrift

---

## 6 Ärztliche Beratung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Hinweis: Eine ärztliche Beratung ist nicht vorgeschrieben, wird aber dringend empfohlen.

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wurde von mir bei der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten. Hierbei ergaben sich keine Hinweise auf eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit.

---

Ort

Datum

---

Unterschrift und Stempel  
der Ärztin/des Arztes

# Erläuterungen zur psychiatrischen Patientenverfügung (Ausfüllhilfe)

## Allgemeine Hinweise

Wenn die Textfelder nicht ausreichen, können Sie weitere Erläuterungen auf zusätzlichen Blättern ergänzen. Alle Ergänzungen sollten Sie mit dem Datum und Ihrer Unterschrift versehen.

Wenn Sie einige Fragen nicht beantworten können oder möchten, können Sie die entsprechenden Felder leer lassen.

---

## 1. Persönliche Angaben

### 1.1 Vorname(n), Name

Bitte geben Sie hier Ihren Nachnamen und Vornamen so an, wie sie in Ihrem Personalausweis oder Reisepass stehen.

### 1.2 Geburtsdatum und Geburtsort

Bitte geben Sie hier Ihr Geburtsdatum und Ihren Geburtsort so an, wie sie in Ihrem Personalausweis oder Reisepass stehen.

### 1.3 Adresse

Bitte geben Sie hier die Adresse an, unter der Sie tatsächlich wohnen. Falls Sie an einer anderen Adresse gemeldet sind, geben Sie bitte zusätzlich Ihre Meldeadresse an.

### 1.4 Meine persönliche Situation und Einstellung zu meiner Erkrankung, zu psychischen Krisen und zur Behandlung

Sie können hier Ihre persönliche Lebenssituation, Ihre gesundheitliche Situation und Ihre Einstellungen zum Leben, zu Krankheit und Gesundheit, zur Behandlung u.v.m. beschreiben. Sie können auch berichten, wie Sie aktuell leben, zum Beispiel, ob Sie allein leben, mit Partner oder Partnerin, mit Kindern oder anderen Angehörigen im Haushalt. Sie können auch angeben, ob Sie für andere Menschen oder für Haustiere sorgen, die eventuell Fürsorge benötigen, wenn Sie das aktuell nicht leisten können. Auf der ersten Seite können Sie das Wichtigste in Kürze notieren. Auf der Rückseite und auf zusätzlichen Blättern können Sie Ihre Situation und Einstellung ausführlicher beschreiben. Das können Sie gegebenenfalls auch später nachtragen oder ergänzen. Alle Ergänzungen sollten Sie mit dem Datum und Ihrer Unterschrift versehen.

### 1.5 Für den Fall, dass ich im Rahmen einer psychischen Krise oder Krankheit nicht mehr in der Lage bin, in bestimmte medizinische Maßnahmen rechtswirksam einzuwilligen, soll Folgendes beachtet werden bzw. bestimme ich das Folgende

Mit Hilfe dieser Patientenverfügung können Sie festlegen, welchen Untersuchungen und Behandlungen Sie im Fall einer möglichen Einwilligungsunfähigkeit zustimmen oder nicht zustimmen. Alles, was Sie im Folgenden festlegen, gilt also nur für Situationen, in denen Sie von den behandelnden Ärzten als „nicht einwilligungsfähig“ eingeschätzt werden. Die Patientenverfügung wird also nicht angewandt, wenn Sie einwilligungsfähig sind.

Psychische, aber auch viele körperliche Erkrankungen oder Behinderungen können die Fähigkeit, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, in unterschiedlicher Weise beeinträchtigen. Diese Beeinträchtigungen verändern sich häufig im Verlauf einer Krankheit.

Aus juristischen Gründen muss in medizinischen Situationen geklärt werden, ob ein Patient aktuell einwilligungsfähig ist oder nicht. Einen Zwischenzustand („teilweise einwilligungsfähig“) gibt es also nicht.

Es ist gesetzlich festgelegt, dass bei Menschen, die aktuell nicht einwilligungsfähig sind, deren Vorsorgebevollmächtigter oder rechtlicher Betreuer über Untersuchungen und Behandlungen entscheidet, die von den behandelnden Ärzten als notwendig erachtet werden. Dabei ist es möglich, dass auch freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen oder Behandlungen zur Abwehr eines erheblichen gesundheitlichen Schadens gegen den aktuell geäußerten Willen des Patienten durchgeführt werden (= Maßnahmen gegen den natürlichen Willen).

Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Patienten müssen immer von einem Gericht genehmigt werden. Sie können also nicht einfach von den Ärzten, dem Vorsorgebevollmächtigten oder dem rechtlichen Betreuer angeordnet werden. Wichtig ist, dass auch das Betreuungsgericht die Festlegungen Ihrer Patientenverfügung berücksichtigen muss.

#### **1.6 Ich habe Dokumente im Vorsorgeregister der Notarkammer registriert.**

Wenn Sie Dokumente im Vorsorgeregister der Notarkammer registriert haben, wird das Betreuungsgericht vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung diese Dokumente abrufen. Wenn Sie dort eine Vorsorgevollmacht registriert haben, wird meist kein rechtlicher Betreuer bestellt. Ihr dort bestimmter Vorsorgebevollmächtigter kann dann stellvertretend für Sie die notwendigen Entscheidungen treffen. Ein Vorsorgebevollmächtigter kann nur dann über freiheitsentziehende Maßnahmen entscheiden, wenn er dazu ausdrücklich ermächtigt worden ist.

Nähere Informationen zum Vorsorgeregister finden Sie hier:  
[www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de); E-Mail: [info@vorsorgeregister.de](mailto:info@vorsorgeregister.de).

#### **1.7 Rechtliche Vertretung und Umsetzung meiner Behandlungswünsche**

Hier können Sie auswählen, wer Sie rechtlich vertreten und Ihre Behandlungswünsche umsetzen soll, wenn sie nicht mehr einwilligungsfähig sein sollten. Bitte kreuzen Sie hier nur eine Option an.

■ **Ich habe eine Vorsorgevollmacht. Bevollmächtigt ist:** Falls Sie eine Vorsorgevollmacht erstellt haben, geben Sie hier bitte den Namen und die Telefonnummer der bevollmächtigten Person an. Dann kann diese Person umgehend benachrichtigt werden, um sich um Ihre Behandlung zu kümmern. Das Gericht wird in diesem Fall meist keinen Betreuer bestellen, da die von Ihnen bevollmächtigte Person (= Ihr Bevollmächtigter) sich unmittelbar um die Umsetzung Ihrer Behandlungswünsche kümmern kann. Es empfiehlt sich, die Vorsorgevollmacht zusammen mit dieser Patientenverfügung aufzubewahren. Sie können hier auch einen Hinweis anbringen, wo Ihre Vorsorgevollmacht zu finden ist. Ihr Bevollmächtigter braucht die von Ihnen unterschriebene Vorsorgevollmacht, um sich gegenüber Kliniken und Behörden zu legitimieren.

■ **Ich habe einen gerichtlich bestellten Betreuer.** Falls Sie schon einen gerichtlich bestellten Betreuer haben, geben Sie hier bitte dessen Namen und Telefonnummer an, damit er umgehend benachrichtigt wird und sich um die Umsetzung Ihrer Behandlungswünsche kümmern kann.

■ **Wenn ein Betreuer bestellt werden muss, schlage ich dem Gericht die folgende Person vor:** Falls Sie keine Vorsorgevollmacht erstellt haben und auch keinen gerichtlich bestellten Betreuer haben, können Sie hier eine Person benennen, die das Gericht zum Betreuer bestellen soll, falls Sie einwilligungsunfähig werden. Wenn es keine schwerwiegenden Gründe dagegen gibt, wird das Gericht Ihrem Wunsch folgen. Geben Sie hier bitte den Namen, die Adresse und die Telefonnummer der Person an.

- **Es soll kein Betreuer bestellt werden, sofern das rechtlich möglich ist.** Falls Sie die Bestellung eines Betreuers ablehnen, können Sie diesen Wunsch hier festlegen. Das zuständige Gericht kann aber unter Umständen trotzdem einen Betreuer bestellen, wenn es das für notwendig erachtet. Das ist vor allem dann der Fall, wenn Ihre Einwilligungsunfähigkeit voraussichtlich längerfristig bestehen wird.

---

## 2. Für den Fall einer Krankenhausaufnahme

### 2.1 Benachrichtigung nahestehender Personen sowie ggf. des Arbeitgebers und eines Rechtsvertreters

Bitte tragen Sie hier die Namen und Telefonnummern der Personen ein, die umgehend über Ihre Krankenhausaufnahme informiert werden sollen, also z.B. Angehörige, Freunde, Arbeitgeber oder Rechtsanwälte.

### 2.2 Schweigepflichtsentbindung

Bitte tragen Sie hier die Namen und Telefonnummern der Personen ein, denen das Krankenhaus Auskunft über Ihre Krankenhausaufnahme, Ihre Diagnose und Ihre Behandlung geben soll.

### 2.3 Die folgenden Personen sollen nicht benachrichtigt werden

Grundsätzlich werden nur Ihr rechtlicher Betreuer oder Ihr Bevollmächtigter benachrichtigt sowie die Personen, die Sie selbst in Ihrer Patientenverfügung angegeben haben. Um sicher zu gehen, dass nicht versehentlich bestimmte Personen Informationen über Sie erhalten, von denen Sie das nicht wünschen, können Sie die Namen dieser Personen hier angeben.

### 2.4 Fürsorge für Kinder, andere hilfsbedürftige Personen und Haustiere

Falls in Ihrem Haushalt Kinder, andere hilfsbedürftige Personen oder Haustiere zu versorgen sind, geben Sie bitte dazu nähere Informationen an. Geben Sie auch den Namen und die Telefonnummer der Personen an, die verständigt werden sollen, damit sie sich schnellstmöglich darum kümmern können. Falls Sie normalerweise hilfsbedürftige Personen außerhalb Ihres eigenen Haushalts versorgen, die während Ihres Krankenhausaufenthalts Hilfe benötigen, geben Sie bitte hier auch deren Namen und Telefonnummer sowie deren Adresse an. Unabhängig von Ihren Angaben werden Kliniken die zuständigen Behörden informieren, um die Fürsorge zu gewährleisten, z.B. das Jugendamt.

---

## 3. Medizinische Untersuchungen und Behandlung

### 3.1 Bei mir sind die folgenden psychischen und/oder körperlichen Krankheiten oder Behinderungen bekannt

Bitte geben Sie hier alle psychischen und/oder körperlichen Krankheiten oder Behinderungen an, die bei Ihnen bekannt sind. Das ist wichtig, damit bei der Auswahl von Medikamenten und Behandlungsmethoden auf mögliche Risiken und Wechselwirkungen von Medikamenten geachtet wird.

### 3.2 Bei der Durchführung von medizinischen Untersuchungen (Diagnostik) und Behandlungsmaßnahmen ist Folgendes zu beachten (z.B. regelmäßig einzunehmende Medikamente, Medikamentenunverträglichkeiten, notwendige Hilfsmittel, notwendige Therapien)

Sie können hier vermerken, was bei Untersuchungen und Behandlungen beachtet werden soll. Einige Beispiele:

- Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?
- Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten oder eine Allergie gegen Verbandsmaterial?
- Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen oder auf die Sie bereits allergisch reagiert haben?

- Benötigen Sie eine Brille, Hörgeräte, ein künstliches Gebiss, Gehhilfen oder andere Hilfsmittel?
- Benötigen Sie regelmäßig bestimmte Therapien, z. B. Krankengymnastik?
- Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Rauschmittel? (Diese Angabe ist wichtig, um einen kalten Entzug zu vermeiden)
- Für den Fall einer MRT-Untersuchung ist das Folgende wichtig: Haben Sie eine Unverträglichkeit gegen Kontrastmittel oder darf bei Ihnen aus medizinischen Gründen Kontrastmittel nicht angewandt werden (Kontraindikation)?
- Haben Sie Tätowierungen?
- Haben Sie Metall im oder am Körper?
- Leiden Sie unter Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)?

### 3.3 Weitere Hinweise für meine Behandlung

Hier können Sie z. B. Hinweise zu den folgenden Themen geben: Umgang mit Suizidalität, Gereiztheit, Aggressivität, Fremdgefährdung, Entlassungswünschen, Sprachlosigkeit, eingeschränkter Absprachefähigkeit.

### 3.4 Hinsichtlich der hier aufgeführten medizinischen Untersuchungen bestimme ich das Folgende

Kreuzen Sie bitte für alle in der Tabelle aufgeführten Untersuchungen an, ob Sie diesen grundsätzlich zustimmen würden, wenn sie medizinisch angezeigt (indiziert) sein sollten, oder nicht. Wenn Sie bei bestimmten Untersuchungen unentschieden sind, machen Sie dafür bitte kein Kreuz, sondern erläutern Sie dies unter „Bemerkungen“.

- **Körperliche Untersuchung und Blutuntersuchungen (insbes. zur Feststellung von relevanten körperlichen Krankheiten)** Eine gründliche körperliche Untersuchung und Blutuntersuchungen sind wichtig, da psychische Störungen auch durch bestimmte körperliche Krankheiten verursacht werden können. Beispiele sind Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen oder Nierenerkrankungen, ein schwerer Vitaminmangel oder Vergiftungen. Außerdem sind derartige Untersuchungen wichtig, um die Verträglichkeit von Medikamenten und anderen Behandlungen abschätzen zu können.
- **MRT- oder CT-Untersuchungen (insbes. zur Abklärung von Gehirnentzündungen, Gehirnverletzungen, Schlaganfällen, Hirnblutungen u.a.)** Mittels MRT (Magnetresonanztomografie) und CT (Computertomografie) lässt sich feststellen, ob eine psychische Störung die Folge einer Gehirnentzündung, einer Gehirnverletzung, eines Schlaganfalls oder einer Hirnblutung sein könnte. In diesen Fällen sind andere Behandlungen erforderlich als normalerweise bei psychischen Störungen.
- **Liquorpunktion (Untersuchung des Nervenwassers) zur Feststellung von entzündlichen Gehirnerkrankungen** Um festzustellen, ob eine Gehirnhautentzündung (Meningitis) oder eine Gehirnentzündung (Enzephalitis) vorliegt, wird Nervenwasser aus dem Rückenmarkskanal entnommen und im Labor untersucht, um die Ursache herauszufinden. Wenn eine Entzündung vorliegt, kann diese in der Regel gut behandelt werden, z. B. mit Medikamenten gegen bestimmte Viren (z. B. gegen Herpes-Viren), Medikamenten gegen Bakterien (Antibiotika) oder Medikamenten gegen Autoimmunerkrankungen (z. B. Cortison oder Immunglobuline). Unter Umständen kommt auch eine Blutwäsche in Frage. Dies erfolgt dann in enger Abstimmung mit Fachärzten für Neurologie und in der Regel in neurologischen Abteilungen.
- **Alle weiteren medizinisch angezeigten (indizierten) Untersuchungen** Je nach Befund können weitere Untersuchungen notwendig sein, z. B. wenn sich ein Verdacht auf eine Tumorerkrankung ergibt.

### Bemerkungen

Hier können Sie Ergänzungen oder Erläuterungen einfügen.

**3.5 Hinsichtlich der hier aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bestimme ich das Folgende**  
Kreuzen Sie bitte für alle in der Tabelle aufgeführten Behandlungen an, ob Sie diesen grundsätzlich zustimmen würden, wenn sie medizinisch angezeigt (indiziert) sein sollten, oder nicht. Wenn Sie bei bestimmten Behandlungen unentschieden sind, machen Sie dafür bitte kein Kreuz, sondern erläutern Sie dies unter „Bemerkungen“.

■ **Behandlung mit antidepressiven Medikamenten:** Antidepressive Medikamente sind Medikamente, die vor allem zur Behandlung von Depressionen verwendet werden. Sie können außerdem für andere Erkrankungen, z. B. Angststörungen oder Schlafstörungen eingesetzt werden. Es gibt verschiedene Substanzklassen, z. B. SSRI und trizyklische Antidepressiva.

■ **Behandlung mit beruhigenden Medikamenten:** Beruhigende Medikamente (Sedativa) werden eingesetzt, um beispielsweise innere Unruhe oder einen krankhaft gesteigerten Bewegungsdrang (Agitiertheit) zu lindern.

■ **Behandlung mit Neuroleptika (Antipsychotika):** Antipsychotika haben eine beruhigende (dämpfende) und eine antipsychotische Wirkung (sie wirken gegen Wahn und Halluzinationen).

■ **Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten:** So genannte Phasenprophylaktika reduzieren die Häufigkeit und Schwere von manisch-depressiven Phasenwechseln. Dazu gehören Lithiumsalze sowie Carbamazepin, Valproinsäure und Lamotrigin.

Die **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** wird unter anderem zur Behandlung von schweren, mit den bisherigen Behandlungen nicht gebesserten Depressionen sowie bei Schizophrenie, wenn keine ausreichende Besserung durch eine medikamentöse Behandlung erreicht wird, angewandt. Dabei erhält der Patient eine Kurznarkose sowie muskelentspannende Medikamente, bevor das Gehirn mit Stromimpulsen über die Kopfhaut für wenige Sekunden stimuliert wird. Für den Patienten ist das nicht spürbar. Detaillierte Informationen zu dieser Behandlungsmethode finden sich in folgendem DGPPN-Ratgeber für Patienten und Angehörige:  
[www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/e06f9f009532ab7ec4e098a5cec77a74e5ebcd72/EKT](http://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/e06f9f009532ab7ec4e098a5cec77a74e5ebcd72/EKT)

**3.6 Ich wünsche die Behandlung konkret mit den folgenden Medikamenten, sofern diese medizinisch angezeigt (indiziert) sind**

Falls Sie bereits Erfahrung mit Medikamenten haben, die Ihnen früher geholfen haben, können Sie diese hier angeben. Die behandelnden Ärzte werden dann prüfen, ob sie auch in der aktuellen Situation geeignet sind.

**3.7 Folgende Behandlungsmaßnahmen habe ich in der Vergangenheit nicht oder schlecht vertragen (bitte, wenn möglich, Nebenwirkungen angeben)**

Sie können hier beispielsweise die Handelsnamen, Wirkstoffe oder Substanzklassen der Medikamente angeben, die Sie in der Vergangenheit nicht oder schlecht vertragen haben. Falls möglich, sollten Sie hier auch angeben, welche Nebenwirkungen bei den genannten Behandlungsmaßnahmen dabei aufgetreten sind, z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Gewichtszunahme.

**3.8 Folgende Behandlungsmaßnahmen lehne ich ab**

Sie können hier (weitere) Behandlungsmaßnahmen angeben, die Sie ablehnen, egal, ob Sie diese bisher erhalten haben oder nicht. Sie können beispielsweise Handelsnamen, Wirkstoffe oder Substanzklassen der Medikamente angeben.

**Bemerkungen**

Hier können Sie Ergänzungen oder Erläuterungen einfügen.

**3.9 Für einen etwaigen Krankenhausaufenthalt habe ich darüber hinaus folgende Wünsche an das Personal**

Hier können Sie Wünsche an das Krankenhauspersonal formulieren, die für Ihre Unterbringung und Behandlung wichtig sind. Bitte bedenken Sie, dass nicht alle Wünsche erfüllbar sind.

**3.10 Ich lehne eine psychiatrische Behandlung grundsätzlich ab. Ich bin mir darüber im Klaren, dass mir daraus unter Umständen ein schwerer, womöglich dauerhafter und irreversibler gesundheitlicher oder sozialer Schaden entstehen kann. Außerdem ist mir klar, dass diese Ablehnung nicht berücksichtigt wird, wenn der Grund für die zwangsweise Unterbringung die Notwendigkeit der Abwehr von Gefahren für Dritte ist. (Dieser Hinweis ist juristisch erforderlich, vgl. BGH XII ZB 232-21.)**

Wenn Sie hier ein Kreuzchen machen, werden Sie nicht gegen Ihren Willen psychiatrisch behandelt. Das kann dazu führen, dass die Krankheit sich verschlimmert und chronisch wird. Es können auch weitere, nicht mehr rückgängig zu machende Gesundheitsschäden daraus entstehen. Die Dauer der Unterbringung kann dadurch verlängert werden. Auch negative soziale Folgen wie der Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, des Vermögens oder der sozialen Position können aus einer unbehandelten psychischen Krankheit resultieren. Im schlimmsten Fall kann die fehlende Behandlung zum Tod, insbesondere durch Suizid, führen. Es ist aus juristischen Gründen wichtig, dass Sie sich über die möglichen negativen Folgen der grundsätzlichen Ablehnung einer psychiatrischen Behandlung im Klaren sind, und dass Sie dies dokumentieren. Andernfalls ist es möglich, dass ein Gericht Ihre Ablehnung nicht berücksichtigen wird.

---

## **4 Maßnahmen gegen meinen natürlichen Willen**

Hinweis: Maßnahmen gegen den natürlichen Willen einer nicht-einwilligungsfähigen Person (Zwangsmaßnahmen) müssen, wenn möglich, vermieden werden. Bevor Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden dürfen, müssen erst alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Das gilt für zwangsweise Unterbringungen, freiheitsentziehende und -beschränkende Maßnahmen sowie Zwangsbehandlungen.

Unter dem „natürlichen Willen“ verstehen Juristen Willensäußerungen von Menschen, die nicht einwilligungsfähig sind bzw. keinen „freien Willen“ haben. Zu den Willensäußerungen zählen mündliche Äußerungen genauso wie abwehrende Gesten oder Handlungen.

### **4.1 Zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen eignen sich nach meiner Erfahrung oder Ansicht in psychischen Krisensituationen folgende Maßnahmen, um mich zu stabilisieren und zu beruhigen**

Hier können Sie eine oder mehrere der aufgeführten Maßnahmen ankreuzen und ggf. unter „Sonstiges“ noch weitere Maßnahmen ergänzen.

#### **4.2 Unterbringung**

■ **Falls eine zwangsweise Unterbringung nach Ausschöpfung aller Alternativen unumgänglich wird, möchte ich nach Möglichkeit in dem folgenden Krankenhaus behandelt werden.**

Sie können hier das Krankenhaus angeben, in dem Sie behandelt werden möchten. Das kann beispielsweise ein Krankenhaus in Ihrem Heimatort sein. Die Erfüllung Ihres Wunsches kann allerdings nicht garantiert werden, wenn es dort keine freien Betten gibt. Außerdem gibt es in vielen Städten eine klare Zuständigkeit der Krankenhäuser nach Wohnort, so dass eine freie Wahl nicht immer möglich ist.

*Kreuzen Sie hier bitte nur eine der beiden folgenden Auswahlmöglichkeiten an:*

■ **Falls eine zwangsweise Unterbringung nach Ausschöpfung aller Alternativen unumgänglich wird, möchte ich nach Möglichkeit auf einer offenen Station behandelt werden.**

Je nach Krankenhaus und Situation kann die Unterbringung auf beschützenden (geschlossenen) oder offenen Stationen erfolgen. Manchmal wird auch von Fall zu Fall entschieden, ob die Tür der Station offen oder verschlossen ist. Wenn Sie allerdings gerichtlich oder mit richterlicher Genehmigung untergebracht sind, dürfen Sie die Station nur mit Erlaubnis verlassen, egal, ob sie offen oder geschlossen ist.

- **Falls eine zwangsweise Unterbringung nach Ausschöpfung aller Alternativen unumgänglich wird, möchte ich nach Möglichkeit auf einer geschützten (geschlossenen) Station behandelt werden.** Auf geschützten (geschlossenen) Stationen ist die Tür geschlossen.

#### **Bemerkungen**

Sie können hier ggf. weitere Wünsche zum Ort oder zur Art einer zwangsweisen Unterbringung festhalten.

#### **4.3 Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen**

Isolierung, Festhalten und Fixierung dürfen nur zur Abwehr einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung eingesetzt werden, nachdem alle Alternativen geprüft worden sind. Sie können hier angeben, welche dieser drei Maßnahmen Sie am ehesten bzw. am wenigsten akzeptieren würden. Bitte schreiben Sie dazu Zahlen von 1 bis 3 in die Kästchen (1: am ehesten akzeptierte Maßnahme; 3: am wenigsten akzeptierte Maßnahme).

Allerdings ist nicht jede der aufgeführten Maßnahmen in jedem Krankenhaus vorhanden.

#### **4.4 Bei der Durchführung der Maßnahmen soll Folgendes beachtet werden**

Hier können Sie wichtige Hinweise für freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen notieren. Beispielsweise können Sie darauf hinweisen, dass Sie Rückenprobleme haben, auf die beim Festhalten oder bei einer Fixierung Rücksicht genommen werden sollte. Oder Sie können angeben, dass Sie Angst in geschlossenen Räumen (Klaustrophobie) haben.

#### **4.5 Zwangsbehandlungen**

Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass eine Zwangsbehandlung nur nach Ausschöpfung aller Alternativen erfolgen darf. Bevor Medikamente gegen den (geäußerten) natürlichen Willen verabreicht werden dürfen, müssen die behandelnden Ärzte immer versuchen, Sie von der Einnahme zu überzeugen und Ihre Zustimmung einzuholen.

Für den Fall, dass Ihnen Medikamente gegen Ihren natürlichen Willen gegeben werden sollen, können Sie hier festlegen, ob Sie eine Spritze in den Muskel oder eine Spritze in eine Vene bevorzugen würden. Wählen Sie hier bitte nur eine Möglichkeit aus.

Bitte beachten Sie, dass nicht jedes Medikament in jeder Darreichungsform zur Verfügung steht.

#### **Bemerkungen**

Hier können Sie Ihre Entscheidung begründen oder weiterführende Hinweise geben, z.B. Hinweise auf frühere Probleme bei der Medikamentenverabreichung.

---

## **5. Widerruf und Schlussformel**

### **5.1 Umgang mit einem Widerruf meiner Patientenverfügung**

**Falls Sie diese Patientenverfügung im einwilligungsfähigen Zustand widerrufen, gilt dieser Widerruf unmittelbar. Diese Patientenverfügung ist dann nicht mehr zu beachten.**

Doch falls Sie diese Patientenverfügung in einem Zustand widerrufen, in dem Sie nicht einwilligungsfähig sind, wird es juristisch schwierig, da dieser Fall nicht eindeutig gesetzlich geregelt wird. Es muss dann voraussichtlich eine Entscheidung des Betreuungsgerichts eingeholt werden.

Das Gericht muss dann eine Entscheidung gemäß Ihren Wünschen und Vorstellungen treffen. Es muss dann Ihren mutmaßlichen Willen für die aktuelle Situation ermitteln. Gegebenenfalls kann das Gericht eine Zwangsbehandlung gegen Ihren aktuell geäußerten Willen genehmigen, wenn diese Behandlung Ihrem mutmaßlichen Willen entspricht.

Damit das Gericht weiß, was Sie für eine solche Situation mutmaßlich wünschen, ist es hilfreich, wenn Sie hier eine von vier Möglichkeiten auswählen. (Bitte kreuzen Sie hier nur eine Option an.)

- **Ich möchte, dass der Widerruf auch in diesem Fall gilt. Diese Patientenverfügung soll dann nicht mehr beachtet werden.** Wenn Sie diese Möglichkeit wählen, sollte das Gericht sich stärker an Ihrem aktuell geäußerten Willen orientieren, auch wenn Sie gerade nicht einwilligungsfähig sind.
- **Ich möchte, dass der Widerruf in diesem Fall nicht beachtet wird. Die Festlegungen in meiner Patientenverfügung sollen weiterhin gelten.** Wenn Sie diese Möglichkeit wählen, sollte das Gericht sich an Ihrer Patientenverfügung orientieren und nicht an Ihrem aktuell geäußerten Willen, wenn Sie gerade nicht einwilligungsfähig sind.
- **Ich wünsche, dass das Gericht, das über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen entscheidet, den Inhalt dieser Patientenverfügung und meinen hier zum Ausdruck gebrachten Willen im Rahmen seiner Prüfung beachtet.** Wenn Sie diese Möglichkeit wählen, sollte das Gericht sowohl Ihre Patientenverfügung als auch Ihren aktuell geäußerten Willen beachten, wenn Sie gerade nicht einwilligungsfähig sind.
- **Ich möchte für diese Situation keine Festlegung treffen.** Wenn Sie diese Möglichkeit wählen, überlassen Sie dem Gericht die Entscheidung über Ihre Behandlung. Das Gericht wird dann versuchen, Ihren mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Dazu wird es Ihre Patientenverfügung, Ihren aktuell geäußerten Willen und ggf. Aussagen von nahestehenden Personen berücksichtigen.

## 5.2 Schlussformel/Schlussbemerkungen

Die Schlussformel ist aus juristischen Gründen erforderlich. Damit stellen Sie sicher, dass Ihre Patientenverfügung unmittelbar gilt, auch wenn Sie keine ärztliche Aufklärung in Anspruch genommen haben. Sie müssen hier auch unterschreiben, dass Ihnen die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt ist und dass Sie sich des Inhalts und der Konsequenzen Ihrer darin getroffenen Entscheidungen bewusst sind. Außerdem müssen Sie hier bestätigen, dass Sie diese Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt haben und im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte sind.

Sie müssen die Patientenverfügung eigenhändig unterschreiben und den Ort und das Datum angeben.

---

## 6. Ärztliche Beratung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Eine ärztliche Beratung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, wird aber dringend empfohlen.

Ggf. sollte hier der Arzt oder die Ärztin bestätigen, dass er/sie Sie beraten hat, und dabei keine Hinweise auf eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit gefunden hat. Dies ist aus juristischen Gründen wichtig, damit die Gültigkeit Ihrer Patientenverfügung nicht infrage gestellt wird.