Patientenverfügung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich an die Ärztekammer Niedersachsen gewandt, weil Sie sich mit etwas beschäftigen, über das viele nicht gerne sprechen: Mit dem Ende unseres Lebens – mit dem Sterben. Das Sterben gehört zum Leben dazu und dennoch verdrängen wir, was auf uns alle zukommt. Dieses Verdrängen liegt wohl auch daran, dass unsere Medizin in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte gemacht hat und unsere Lebenserwartung deutlich gestiegen ist. Die Auseinandersetzung mit dem Sterben prägt daher nicht mehr so stark wie früher unseren Alltag.

Patient und Arzt. Ein therapeutisches Bündnis

Wir Ärztinnen und Ärzte bemühen uns nach Kräften, Ihnen jederzeit alle nur mögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen. Doch nichts darf ohne Ihr Einverständnis geschehen. Nach einer ausführlichen Aufklärung liegt es in Ihrer Entscheidung, ob wir noch alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen oder uns beispielsweise auf die Schmerzlinderung beschränken. Allerdings kann es auch Situationen geben, in denen Sie nichtmehr ansprechbar sind und keine Entscheidungen mehr treffen können. Für einen solchen Fall können Sie Ihre Behandlungswünsche schon im Vorhinein äußern oder verbindlich festlegen.

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

äkn ärztekammer niedersachsen

Die Patientenverfügung. Eine große Hilfe für Patienten und Ärzte

Die Patientenverfügung ist in § 1827 BGB gesetzlich geregelt. Für Sie als Patienten folgt daraus: Sie legen als einwilligungsfähige volljährige Person in einer Patientenverfügung für den Fall Ihrer Einwilligungsunfähigkeit schriftlich fest, dass Sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen Ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen oder diese untersagen. Dieser schriftlich festgelegte Wille gilt unmittelbar und ist – unabhängig vom Stadium Ihrer Erkrankung – für Ärzte, Pflegekräfte und andere Beteiligte bindend. Jederzeit können Sie jedoch Ihre Patientenverfügung formlos widerrufen.

Ihr Bevollmächtigter (siehe Vorsorgevollmacht) oder ein gerichtlich bestellter Betreuer (siehe Betreuungsverfügung) prüft bei Bestehen einer Patientenverfügung, ob Ihre darin getroffenen Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Bevollmächtigte/Betreuer Ihrem bindenden Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Ihm bleibt in einer solchen Situation kein Raum für eine eigene Entscheidung, sondern er handelt wie die behandelnden Ärzte entsprechend Ihren in der Patientenverfügung festgelegten Wünschen.

Anders ist die Rechtslage, wenn die Festlegungen Ihrer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen oder nicht konkret genug sind. Dann hat der Bevollmächtigte/Betreuer Ihre Behandlungswünsche oder Ihren mutmaßlichen Willen zu ermitteln und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in dem konkreten Fall an Ihrer Stelle in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder diese untersagt. In diesem Fall trifft also der Bevollmächtigte/Betreuer eine eigene Entscheidung, welche von Ihren schriftlich niedergelegten Wünschen geleitet, aber auch von Ihren Wertvorstellungen, ethischen oder religiösen Überzeugungen und mündlichen Äußerungen beeinflusst ist.

Unser Muster enthält nur Vorschläge

Wir möchten Ihnen für Ihre Überlegungen, eine Patientenverfügung zu verfassen, eine kompetente Hilfestellung bieten. Beispielhaft haben wir in unserem Muster einige im Klinikalltag typische Situationen beschrieben und ärztliche Maßnahmen angeführt. Dieser Katalog ist jedoch nicht abschließend und kann von Ihnen auch gekürzt werden. Beachten Sie bitte bei der Aufnahme eigener Formulierungen, dass die von Ihnen geschilderten Situationen nicht nur im höheren Alter eintreten, sondern Sie vielmehr auch in jungen Jahren betreffen könnten. Wägen Sie daher gut ab und prüfen Sie selbst genau, auf welche ärztlichen Maßnahmen Sie persönlich in welchen bestimmten Lebenssituationen verzichten möchten. Deshalb schlagen wir Ihnen vor: **Sprechen Sie mit der Ärztin oder dem Arzt Ihres Vertrauens!** Lassen Sie sich vor dem Erstellen der Patientenverfügung von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt erklären, welche medizinischen Möglichkeiten es heute gibt und was mit den medizinischen Fachausdrücken gemeint ist. Geben Sie später eine Kopie der Verfügung in Ihrer Arztpraxis ab und legen Sie die heraustrennbare Karte in Ihr Portemonnaie oder in Ihre Brieftasche, damit man später weiß, wer der Arzt oder die Ärztin Ihres Vertrauens ist und wo die Patientenverfügung eingesehen werden kann. Geben Sie eine weitere Kopie der Patientenverfügung der von Ihnen gewählten Vertrauensperson. Achten Sie zudem darauf, dass Sie das Original der Verfügung gut zugänglich zu Hause aufbewahren, da dieses im Bedarfsfall vorgelegt werden muss.

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

äkn ärztekammer niedersachsen

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Neben der Festlegung Ihrer Behandlungswünsche sieht unser Muster auch eine Erklärung zu der möglicherweise nach dem Tod in Frage kommenden Organ- oder Gewebespende vor. Da es zur Durchführung der Organspende regelmäßig intensivmedizinischer Maßnahmen bedarf, die Sie möglicherweise per Patientenverfügung ausgeschlossen haben, ist es empfehlenswert, Ausführungen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendebereitschaft aufzunehmen. Sie tragen damit dazu bei, dass alle Ihre Erklärungen und Entscheidungen Ihrem Willen entsprechend umgesetzt werden. Einen Organspendeausweis können Sie z.B. über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149–161, 50825 Köln beziehen.

Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und Vertrauten

Wenn Sie sich selber nicht mehr äußern können, bedarf es zur Umsetzung Ihrer in der Patientenverfügung festgelegten Wünsche eines Bevollmächtigten oder eines Betreuers. Stellen Sie daher eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung aus und benennen Sie dafür diejenige Person, zu der Sie am meisten Vertrauen haben und die am besten über Ihre Wünsche und Lebenseinstellungen Auskunft geben kann. Informieren Sie Ihren Vertrauten über Ihre Entscheidung und fragen Sie ihn, ob er einverstanden ist, das ihm zugedachte Amt zu übernehmen. Denn Sie wissen selbst: Nicht jedermann hat die Kraft, in solchen Situationen diese Aufgabe auf sich zu nehmen, zumal die Umsetzung Ihrer Entscheidungen mit der Gefahr Ihres Todes verbunden sein kann. Teilen Sie Ihrer Vertrauensperson auch regelmäßig mit, dass sich an Ihren Wünschen, die Sie in der Patientenverfügung festgehalten haben, nichts geändert hat. Und machen Sie es sich zur Regel, die Verfügung alle zwei Jahre noch einmal zu unterschreiben, um so auf Ihren unveränderten Willen aufmerksam zu machen. Rechtlich zwingend ist das allerdings nicht. Selbstverständlich steht Ihnen jederzeit die Möglichkeit offen, die Patientenverfügung zu ändern oder formlos zu widerrufen.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht setzen Sie eine Person Ihres Vertrauens ein, die im Fall Ihrer eigenen Entscheidungsunfähigkeit (Verlust der Geschäftsfähigkeit) sofort für Sie handeln kann. Die Vorsorgevollmacht kann insofern die gerichtliche Anordnung einer Betreuung vermeiden. Bitte beachten Sie, dass Ihr Ehegatte Sie im Rahmen des in § 1358 BGB geregelten sog. Ehegattennotvertretungsrechts in akuten Krankheitssituationen befristet für höchstens 6 Monate in gesundheitlichen Angelegenheiten auch ohne Vorsorgevollmacht vertreten darf. Aufgrund des begrenzten Vertretungsumfangs und der zeitlichen Einschränkung empfehlen wir gleichwohl die Erteilung einer Vorsorgevollmacht auch unter Ehegatten. Eine Vorsorgevollmacht kann entweder für einzelne Teilbereiche oder aber vollumfänglich ausgestellt werden und damit beispielsweise auch die Vermögenssorge umfassen. In jedem Fall bedarf es jedoch der ausdrücklichen Klarstellung, dass sich die Vollmacht auf medizinische Maßnahmen erstrecken soll. Ein Muster für die Formulierung einer Vorsorgevollmacht haben wir Ihnen beigefügt. Eine notarielle Beglaubigung ist nicht erforderlich. Anders liegt dies, wenn z.B. per Vollmacht Immobilien- oder Grundstücksgeschäfte oder Erklärungen gegenüber dem Handelsregister gestattet werden sollen. Auch wenn Sie über umfangreiches Vermögen verfügen, ist des Einholen anwaltlichen oder notariellen Rats vor Abfassung der Vollmacht empfehlenswert.

Betreuungsverfügung

Sollten Sie einmal nicht mehr geschäftsfähig sein und niemanden zu Ihrem Bevollmächtigten bestellt haben, wird das Betreuungsgericht einen Betreuer für Sie einsetzen. Dies geschieht auch, wenn Ihre Vorsorgevollmacht auf einzelne Bereiche beschränkt ist. In diesen Fällen muss für die nicht betroffenen Lebensbereiche zusätzlich ein Betreuer bestellt werden.
Mit einer Betreuungsverfügung können Sie festlegen, wer als Person Ihres Vertrauens von dem zuständigen Amtsgericht in einem solchen Fall berücksichtigt werden soll. Ein Muster für die Formulierung einer Betreuungsverfügung haben wir Ihnen beigefügt.

Zentrales Vorsorgeregister

Die Regelung von Vorsorgeangelegenheiten erfüllt nur dann ihren Zweck, wenn die entsprechenden Stellen im Ernstfall davon Kenntnis erlangen. Vor diesem Hintergrund bietet die Bundesnotarkammer die Möglichkeit der Registrierung jeder Vorsorgeangelegenheit im Zentralen Vorsorgeregister an. Hier haben Sie die Möglichkeit, eigenständig online Ihre Vorsorgevollmacht, Ihre Betreuungsverfügung und Ihre Patientenverfügung einzeln oder in Kombination zu registrieren und zudem Kontaktdaten Ihrer Vertrauensperson anzugeben. Eine Hinterlegung der Unterlagen ist hingegen derzeit noch nicht möglich.
Nähere Informationen erhalten Sie unter www.vorsorgeregister.de.

Es gibt auch andere Mustertexte

Da es um ein wichtiges Thema geht, haben sich auch zahlreiche andere Stellen Gedanken über das Abfassen einer Patientenverfügung gemacht. Statt vieler wollen wir Sie hier auf drei Bezugsquellen aufmerksam machen: Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz hat umfangreiche Erläuterungen und Mustertexte zur Patientenverfügung sowie zur Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung erstellt. Auch bei der Verbraucherzentrale erhalten Sie gegen ein geringes Entgelt eine Broschüre zur Patientenverfügung. Die großen Kirchen in Deutschland haben eine „Christliche Patientenvorsorge“ herausgegeben. Fragen Sie dazu in Ihrer Kirchengemeinde nach. Bitte achten Sie bei allen Formularen darauf, dass diese unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage erstellt wurden.

Karte zur Patientenverfügung

Tragen Sie auf beiden Karten Ihren Namen und Ihre Adresse ein. Lassen Sie auf beiden Karten die Adresse Ihres Arztes aufstempeln.
Hinterlegen Sie eine Kopie der Patientenverfügung bei Ihrem Arzt. Tragen Sie eine der Karten immer bei sich. Bewahren Sie die Ersatzkarte auf.

Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte an die Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Telefon (05 11) 380-02 oder E-Mail: info@aekn.de.

Vertrieb: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union GmbH, Berliner Allee 20 a, 30175 Hannover

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

Patientenverfügung

Ich,

geb. am

wohnhaft in

verfüge schon jetzt für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich mitteilen kann, bezüglich meiner medizinischen Versorgung und Behandlung Nachfolgendes. Dabei bin ich mir bewusst, dass mein nachfolgend erklärter Verzicht auf die Einleitung und Aufrechterhaltung lebensverlängernder und -erhaltender Maßnahmen mit der begründeten Gefahr meines Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein kann:
Wenn zwei Fachärzte unabhängig voneinander bestätigt haben, dass

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unabwendbaren Sterbeprozess befinde, oder
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder
- aufgrund einer Gehirnschädigung (bspw. Wachkoma, irreversible Bewusstlosigkeit, Schädelhirntrauma) meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn ein Todeseintritt nicht absehbar ist, oder
- ich infolge einer Demenzerkrankung bzw. eines bereits weit fortgeschrittenen Abbaus meiner geistigen Funktionen Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr selbst oder mit Hilfe Dritter, sondern nur noch in Form einer künstlichen Ernährung zu mir nehmen kann,

- (Raum für eigene Eintragungen)

verzichte ich auf die Einleitung oder Aufrechterhaltung medizinischer Maßnahmen, die allein der Lebensverlängerung oder -erhaltung und nicht nur der Schmerz- oder Beschwerdelinderung dienen. Daher bestimme ich für den Fall, dass ich mich in einer der von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen befinde, dass

- mir keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Medikamente verabreicht werden. Die Gabe von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden verlange ich auch dann, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen, der Gabe von Antibiotika stimme ich nur zu, wenn diese zur Linderung meiner Schmerzen und Beschwerden aus ärztlicher Sicht erforderlich sind,
- keine Operationen, etwa zur Behandlung einer Krebserkrankung, mehr durchgeführt werden,
- keine Wiederbelebungsmaßnahmen eingeleitet werden,
- ich nicht künstlich beatmet werde, verlange aber in diesem Fall Medikamente zur Linderung der Luftnot zu erhalten und zwar auch, wenn diese unter Umständen geeignet sind, meine Lebenszeit zu verkürzen,
- ich keine künstliche Ernährung z.B. über eine Magensonde erhalte, sondern nur mein Hunger- und Durstgefühl gestillt wird,

- (Raum für eigene Eintragungen)

Dieses Muster enthält beispielhaft einige im Klinikalltag typische Situationen und ärztliche Maßnahmen.
Es ist nicht abschließend und kann von Ihnen ergänzt oder zusammengestrichen werden.

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

Für den Fall, dass in den von mir genannten Lebens- und Behandlungssituationen eine der genannten Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein sollte, verlange ich deren Einstellung. In jedem Fall möchte ich eine fachgerechte Körperpflege, Pflege der Mund- und Schleimhäute sowie Zuwendung. Insbesondere verlange ich eine palliativmedizinische Behandlung, d.h. dass mir bei Schmerzen, Erstickungsängsten, Atemnot, Übelkeit oder Angst Medikamente verabreicht werden, die mich von Schmerzen und größeren Belastungen befreien, selbst wenn dadurch meine Lebenszeit verkürzt werden könnte. Die Bedeutung und Tragweite meiner Erklärung ist mir bewusst, insbesondere ist mir bekannt, dass diese Verfügung meine Ärzte, Pflegekräfte, Bevollmächtigte oder Betreuer bindet.

Der Arzt meines Vertrauens:

hat mich über die Bedeutung und Folgen meiner Entscheidung aufgeklärt, in den von mir benannten Lebens- und Behandlungssituationen auf die benannten ärztlichen Maßnahmen zu verzichten.

Damit meine Festlegungen in der Patientenverfügung besser nachzuvollziehen sind, habe ich ergänzend als Interpretationshilfe auf einem gesonderten Blatt eine Darstellung meiner persönlichen Lebenseinstellungen beigelegt (gesondertes Blatt bitte bei Bedarf selbst ausfüllen und beilegen).

Zur Organ- und Gewebespende treffe ich folgende Aussagen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

◌ Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und/oder Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken nach näherer Maßgabe des von mir ausgefüllten Organspendeausweises zu.* Mir ist bewusst, dass Organe und bestimmte Gewebe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltendem Kreislauf entnommen werden können. Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organ- und/oder Gewebespender in Betracht, gestatte ich in Abweichung meiner obigen Vorgaben die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung der notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen für die Durchführung der Organ- und/oder Gewebespende.

◌ Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Für den Fall meiner Geschäftsunfähigkeit habe ich in Ergänzung zu dieser Patientenverfügung

Herrn/Frau geb. am

wohnhaft in

eine Vorsorgevollmacht erteilt bzw. in einer Betreuungsverfügung benannt.

Ort, Datum Unterschrift

Zur Aktualisierung:

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

*** Einen Organspendeausweis können Sie z.B. über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149–161, 50825 Köln beziehen.**

Hinweis Die Ärztekammer Niedersachsen empfiehlt, neben einer Patientenverfügung auch eine, zumindest Gesundheitsangelegenheiten erfassende, Vorsorgevollmacht zu erteilen.

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Ich,
geb. am
wohnhaft in

bevollmächtige für den Fall des Verlusts meiner Geschäftsfähigkeit

Herrn/Frau	geb. am
wohnhaft in	
Telefon	

mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angegeben oder angekreuzt habe.
Diese Vollmacht besteht in Ergänzung zu meiner Patientenverfügung, sofern ich diese nicht widerrufen habe.

1. Gesundheitsfürsorge

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen Angelegenheiten der medizinischen Versorgung und Behandlung gegenüber Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu vertreten. Er/sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.
Ich entbinde meine mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson und gestatte ihr die Einsichtnahme in meine Behandlungsunterlagen.
Der/die Bevollmächtigte darf zudem über eventuelle Zwangs- oder freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierung oder Unterbringung entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Der/die Bevollmächtigte
darf über meinen Aufenthalt bestimmen ◯ ja ◯ nein
darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen und meinen Haushalt auflösen ◯ ja ◯ nein
darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz abschließen und kündigen ◯ ja ◯ nein

• (Raum für eigene Eintragungen)

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

3. Behörden / Gerichte

Der / die Bevollmächtigte
darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten ◯ ja ◯ nein
darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen ◯ ja ◯ nein

- (Raum für eigene Eintragungen)

4. Vermögenssorge

Der / die Bevollmächtigte
darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen ◯ ja ◯ nein

namentlich
über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen ◯ ja ◯ nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ◯ ja ◯ nein

Verbindlichkeiten eingehen ◯ ja ◯ nein

Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben und mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten ◯ ja ◯ nein
(Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank angebotene Konto- und Depotvollmacht zurückgreifen.)

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist ◯ ja ◯ nein

- (Raum für eigene Eintragungen / Ausschluss bestimmter Geschäfte)

5. Post- und Fernmeldeverkehr

Der / die Bevollmächtigte
darf für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden und dabei alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsschlüsse / Kündigungen) abgeben ◯ ja ◯ nein

6. Geltung über den Tod hinaus

Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus ◯ ja ◯ nein

Ort, Datum Unterschrift (Vollmachtgeber/in)

Ort, Datum Unterschrift (Bevollmächtigte/r)

Betreuungsverfügung

Sollte eine gerichtliche Betreuung notwendig werden, möchte

ich	geb. am
wohnhaft in	dass
Herr/Frau	geb. am
wohnhaft in	Telefon

zu meinem Betreuer bestellt wird.

Als Ersatzbetreuer bestimme ich in absteigender Reihenfolge:

Auf keinen Fall möchte ich, dass Herr/Frau

zu meinem Betreuer bestellt wird.

Ort, Datum	Unterschrift

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung

Patientenverfügung

(Name, Vorname)

(Straße)

(Ort)

(Unterschrift) Bitte Kugelschreiber oder wasserfesten Edding verwenden.

Patientenverfügung

(Name, Vorname)

(Straße)

(Ort)

(Unterschrift) Bitte Kugelschreiber oder wasserfesten Edding verwenden.

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt bei:

(Arztstempel)

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt bei:

(Arztstempel)

Ärztekammer Niedersachsen April 2025 Arbeitskreis Patientenverfügung