

## **PSYCHOSOZIALE PATIENTENVERFÜGUNG**

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **INHALTSVERZEICHNIS**

---

Präambel	Seite 2
1. Aufnahme und Behandlung	Seite 3
2. Kontakte	Seite 5
3. Medikamente	Seite 5
4. Zwangsmaßnahmen	Seite 6
5. PsychKG LSA	Seite 7
6. Soziale Situation	Seite 7
7. Sonstige Festlegungen	Seite 8

**Präambel**

Die vorliegende Patientenverfügung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung zwischen dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und dem/der Patient/in. Sie basiert auf der aktuellen Rechtslage, insbesondere § 1827 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und ist somit rechtlich verbindlich. Sie gilt sowohl im Rahmen des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) als auch dem Betreuungsgesetz (BtG).

Es gibt Situationen, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, eine Einwilligung oder auch Ablehnung hinsichtlich einer medizinischen Behandlung zu erteilen. Dazu können unter anderem auch psychische Krisensituationen zählen.

Um in diesen Situationen adäquat handeln zu können, kann durch eine psychosoziale Patientenverfügung individuelle Hilfe gewährleistet werden. Damit diese zum Tragen kommt, ist die schriftliche Festlegung eines/einer einwilligungsfähigen Volljährigen Voraussetzung.

In dieser Verfügung willigt der/die Patient/in zum Zeitpunkt der Festlegung in noch nicht unmittelbar bevorstehende medizinische Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe ein oder untersagt diese für den Fall, dass er/sie in zukünftigen akuten Krankheitsphasen selbst nicht einwilligungsfähig ist.

Weicht ggf. der schriftlich verfügte Behandlungswille in dieser Patientenverfügung von der dann aktuellen Lebens- und Behandlungssituation ab, so obliegt nach überwiegender Rechtsauffassung laut § 1827 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Auslegung der Patientenverfügung dem/der Bevollmächtigten oder dem/der Betreuer/in. Deshalb sollte diese/r auch parallel existieren.

Es gilt: Wenn die Festlegungen in der Patientenverfügung nicht auf die derzeitige Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, so muss dem/der Bevollmächtigten oder dem/der Betreuer/in die entsprechenden Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des/der Betreuten eruieren und auf dieser Grundlage nach bestem Wissen entscheiden, ob er/sie in die ärztliche Behandlung einwilligt oder diese untersagt.

Das bedeutet für Sie: Im Falle einer Krankheitsphase, in der Sie nicht einwilligungsfähig sind, können Sie im Vorfeld eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung erstellen. Die darin benannte Person ist verpflichtet, Ihren verfügten oder bei Auslegungsnotwendigkeit mutmaßlichen Patientenwillen durchzusetzen, um so in dieser kritischen Lebenssituation Ihrem Selbstbestimmungsrecht Geltung zu verschaffen.

Im Versorgungsraum gibt es für die stationäre psychiatrische Akutbehandlung klare Zuständigkeiten der Kliniken für Psychiatrie. Im Falle einer Akutbehandlung ist eine Auswahl der Klinik damit nicht möglich.

Die in der Patientenverfügung hinterlegten Wünsche bzgl. der Auswahl der Klinik sind ansonsten bei der Planung eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Fachklinik zu berücksichtigen.

**Für den Fall, dass ich mich in einem akuten Zustand im Rahmen meiner Erkrankung befinde, in dem ich nicht einwilligungsfähig bin, sind folgende Wünsche zu berücksichtigen:**

### **1. Aufnahme und Behandlung**

Bei einer stationären Behandlung (außer Notsituationen) möchte ich vorrangig in folgenden Kliniken behandelt werden:

\_\_\_\_\_

Ich habe mit folgendem/r Arzt/Ärztin und/oder Sozialarbeiter/in ein enges Vertrauensverhältnis und wünsche, falls möglich, dass diese/r meine Behandlung begleitet:

\_\_\_\_\_

Bei Aufnahme in die Klinik sollen unverzüglich folgende Personen benachrichtigt werden:

Vertrauensperson (Name, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_

Betreuer/in (Name, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_

Falls die Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Name, Anschrift, Telefon)

die Vertretung übernehmen.

Es existiert eine Vorsorgevollmacht, in der ich die nachfolgende Person bevollmächtigt habe in alle medizinischen Behandlungen und Diagnostikverfahren einzuwilligen oder diese zu versagen und damit meine Wünsche zu vertreten. Der/die Bevollmächtigte ist umgehend nach der stationären Aufnahme zu benachrichtigen. (Name, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_

Die Vollmacht ist hinterlegt: \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden muss, schlage ich als Betreuer/in (Name, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_

vor.

Meine Psychiatrie-Vorgeschichte:

---

---

---

---

---

Zurzeit behandelnde/r Psychiater/in und Hausarzt/-ärztin:

---

---

Ich leide unter folgenden körperlichen Krankheiten/Allergien oder sonstigen zu berücksichtigenden Einschränkungen:

---

---

---

In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes hilfreich (z. B. in Ruhe gelassen zu werden, möglichst nicht allein sein, Gespräche):

---

---

---

Weitere Hinweise für die Behandlung (z. B. Umgang mit Suizidalität, gereizter Stimmung, etc.)

---

---

---

Sonstige Wünsche während der Behandlung, oder besondere Lebensumstände, die ich im Fall einer stationären Behandlung beibehalten möchte (z. B. Ernährung):

---

---

**2. Kontakte**

Folgende Personen dürfen mich während meines Klinikaufenthaltes besuchen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus in die Klinik kommen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Medikamente**

Ich wünsche regelmäßige Gespräche zur Wirksamkeit der Medikamente.

Ich nehme aktuell folgende Psychopharmaka:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

Weiterhin nehme ich folgende Medikamente ein:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

In der Krisensituation waren bisher folgende Medikamente (Bedarfsmedikation) hilfreich:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

Nicht geholfen/schwere Nebenwirkungen haben:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

Ich lehne die Gabe folgender Medikamente ab, weil in der Vergangenheit schwere Nebenwirkungen aufgetreten sind:

---

Bei der Medikamentengabe bevorzuge ich, sofern es möglich ist, Folgendes:

- Tabletten/Dragees                       Tropfen                       Spritzen  
 Depotspritzen

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung:

---

---

#### 4. Zwangsmaßnahmen

Falls während der Behandlung in Ausnahmefällen psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher möglichst Folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen                       Gespräch  
 Rückzug in reizarme Umgebung                       Rauchen  
 Musik hören                       Essen anbieten  
 Spaziergänge  
 \_\_\_\_\_

Falls Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll Folgendes aufgrund vorheriger Erfahrungen beachtet werden (z. B. Erklärungen zu Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkungen, Zwangsmedikation oder Fixierung):

---

---

Falls eine Fixierung erforderlich ist, sollte Folgendes berücksichtigt werden:

Angehörige können mich während der Fixierung besuchen

ja                       nein

---

Folgende Vertrauensperson soll während der qualifizierten Sitzwache der Klinik dabei sein: (Name, Telefon):

---

Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.

**5. PsychKG LSA**

Falls die Klinikeinweisung infolge eines Beschlusses nach dem PsychKG LSA erfolgte, soll mir eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden, sobald ich wieder einwilligungsfähig bin.

**6. Soziale Situation**

Die Klinik bemüht sich, im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen psychosozialen Dienstes, die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu regeln (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson dem/der Bevollmächtigten oder dem/der Betreuer/in).

Bei mir ist Folgendes zu klären:

**Wohnung**

- Sicherung der Wohnung

Der Haustürschlüssel/Wohnungsschlüssel befindet sich bei:

---

- Ich habe folgende Haustiere

---

---

Folgende Person hat sich zur Übernahme der Pflege bereit erklärt (Name, Adresse, Telefon):

---

**Kinder/ zu versorgende Personen**

- Ich habe folgende minderjährige Kinder (Name, Geburtsdatum):

---

---

- Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:

---

---

- Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

---

---



**Meinem Willen und meinen Wünschen, die ich durch diese Patientenverfügung niedergelegt habe, ist zu folgen. Bei notwendigen Abweichungen zu den niedergelegten Wünschen müssen frühere Erfahrungen und schriftliche Dokumentationen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. Eine Zustimmung zu einer Behandlung, die ich im Zustand der mangelnden Einwilligungsfähigkeit gebe, ist ungültig.**

**Der/die Bevollmächtigte oder Betreuer/in ist umgehend im Vorfeld über sämtliche Maßnahmen zu informieren.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
verfügende Person

Ich habe mit der verfügenden Person über die Anweisungen im Falle akuter psychischer Erkrankungen gesprochen.

Die Person hat die oben genannten Inhalte verstanden, angemessen verarbeitet und in Kenntnis der Konsequenzen in freier Willensbildung entschieden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ärztliches Personal

#### Impressum

##### Herausgeber:

GPV-PSAG Halle/Saalekreis

##### Geschäftsstellen:

Stadt Halle (Saale)  
Straße der Opfer des Faschismus 1  
06112 Halle (Saale)  
gesundheit@halle.de

Landkreis Saalekreis  
Oberaltenburg 4b  
06217 Merseburg  
gesundheitsamt@saalekreis.de

Stand: Mai 2026