

Patientenverfügung

von

.....
Vorname Nachname Geburtsdatum

.....
PLZ, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefon

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

1. Situationen, in denen diese Verfügung gilt:

Wenn ich mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach **ja** **nein** unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden **ja** **nein** Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu **ja** **nein** gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündungen, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.

Wenn ich mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen **ja** **nein** Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ja nein

3. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:

Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen. ja nein

Künstliche Beatmung bzw. eine eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden. ja nein

Wiederbelebungsmaßnahmen ja nein

4. In allen unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer aus palliativmedizinisch-symptomlindernden Gründen). ja nein

Keine Antibiotika (außer aus palliativmedizinisch-symptomlindernden Gründen). ja nein

Keine Transfusion von Blut oder Blutbestandteilen (außer aus palliativmedizinisch-symptomlindernden Gründen). ja nein

Keine künstliche Niere (Dialyse) (außer aus palliativmedizinisch-symptomlindernden Gründen). ja nein

Keine diagnostischen Verfahren ohne therapeutische Konsequenzen oder Operationen (außer aus palliativmedizinisch-symptomlindernden Gründen). ja nein

Keine kreislaufstabilisierenden Medikamente (außer aus palliativmedizinisch-symptomlindernden Gründen). ja nein

5. Begleitung

Ich wünsche eine Begleitung durch (z. B. Hospizverein, Seelsorge): ja nein

.....
.....

(Name, Kontaktdaten)

6. Vorsorgevollmacht /Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** ja nein erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Personen besprochen.

.....
Name/n Vorsorgebevollmächtigte(r)

.....
Anschrift/en und Erreichbarkeit(en)

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht ausschließlich eine **Betreuungsverfügung** erstellt. ja nein

.....
Name Bevollmächtigte(r)

.....
Anschrift und Erreichbarkeit

7. Organspende

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. ja nein

Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

ODER

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

8. Anlage: „Persönliche Ergänzung“ zur Patientenverfügung

Ich habe dieser Patientenverfügung als Anlage „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden. ja nein

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.

Ich weiß, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z.B. alle ein bis zwei Jahre) durch eine kurze Erklärung mit Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Bestätigung bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Ort	Datum	Unterschrift

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass der/die Verfasser/in dieser Verfügung diese heute in meiner Gegenwart eigenhändig und unter o. g. Voraussetzungen unterschrieben hat und dass ich an seiner/ihrer selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, jedoch keine Voraussetzung für die Rechtsverbindlichkeit dieser Verfügung.

Arzt / Ärztin meines Vertrauens ist:

.....
Name	Anschrift
.....	
Telefon	

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von: *

.....
Name	Telefon
.....
Ort, Datum	Unterschrift der/des Beratenden
	ggfs. Stempel

*Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.

Unterschrift

.....
Ort, Datum	Unterschrift