

Patientenverfügung

Ich,

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

verfasse hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung.

Ich treffe die auf den nächsten Seiten genannten Bestimmungen für folgende Situationen:

1. Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
Ja Nein
2. Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
Ja Nein
3. Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. (Mindestens einer dieser zwei Ärzte sollte ein Neurologe sein.) Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirn-abbauprozess, 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 unwahrscheinlich ist.
Ja Nein
4. Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
Ja Nein

EIGENE BESCHREIBUNG DER ANWENDUNGSSITUATION (WENN GEWÜNSCHT):

1. IN DEN AUSGEWÄHLTEN SITUATIONEN WÜNSCHE ICH

- 1.1 das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.
- 1.2 bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit hierdurch nehme ich in Kauf.
- 1.3 keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene).
- 1.4 die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.
- 1.5 keine Wiederbelebungsmaßnahmen. Dies gilt nicht für einen unerwarteten Kreislaufstillstand oder ein unerwartetes Atemversagen außerhalb der oben beschriebenen Situationen, also bei normalen ärztlichen Maßnahmen (z. B. Operationen).
- 1.6 keine künstliche Beatmung bzw. die Einstellung schon eingeleiteter Beatmung unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- 1.7 keine Gabe von Antibiotika, es sei denn, sie dienen nur der Linderung meiner Beschwerden.
- 1.8 keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.
- 1.9 keine Dialyse bzw. die Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse.

2. ORGANSPENDE

- 2.1 Ich habe einen Organspendeausweis.
- 2.2 Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.
- 2.3 Ich verzichte darauf, Spenderorgane implantiert zu bekommen.

3. ICH MÖCHTE

- 3.1 wenn möglich, zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
- 3.2 wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- 3.3 wenn möglich, in einem Hospiz sterben.

4. ICH WÜNSCHE BEISTAND DURCH

- 4.1 eine der nachstehend genannten Personen:

4.2 eine Vertreterin/einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

--

4.3 hospizliche Begleitung.

5. VORSORGEVOLLMACHT

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen:
Ja Nein

	Hauptbevollmächtigte(r):	Ersatzbevollmächtigte(r):
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon		

6. BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht eine Betreuungsverfügung zur Auswahl folgender Betreuer erstellt:
Ja Nein

	Betreuer(in):	Ersatzbetreuer(in):
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon		

7. AUSSAGEN ZUR VERBINDLICHKEIT, ZUR AUSLEGUNG UND DURCHSETZUNG DER PATIENTENVERFÜGUNG

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Meine Vertreterin/mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/meinem Bevollmächtigten erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- 7.1 meiner/meinem Bevollmächtigten
Ja Nein
- 7.2 meiner Betreuerin/meinem Betreuer
Ja Nein
- 7.3 der behandelnden Ärztin oder dem behandelndem Arzt
Ja Nein
- 7.4 anderer Person:
Ja Nein

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r) /Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen die Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- 7.5 meiner/meinem Bevollmächtigten
Ja Nein
- 7.6 meiner Betreuerin/meinem Betreuer
Ja Nein
- 7.7 der behandelnden Ärztin oder dem behandelndem Arzt
Ja Nein
- 7.8 anderer Person:
Ja Nein

8. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Soweit ich bestimmte Behandlungen ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der von mir bevollmächtigten Person.

- Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung
Ja Nein meiner Wertvorstellungen beigelegt (Seite 7).

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

BEKRÄFTIGUNG MEINER VERFÜGUNG

Um meinen niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

Um meinen niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

Um meinen niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- in vollem Umfang
- mit folgenden Änderungen:

Datum

Unterschrift

BESTÄTIGUNG DER EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT

Herr / Frau

Anschrift:

wurde von mir am

über die möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.
Er / sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift / Stempel der Ärztin /des Arztes
oder einer Notarin / eines Notars