

Patientenverfügung

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann Folgendes.

Diese Patientenverfügung gilt nur wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (*hier ggfs. einen Arzt des Vertrauens namentlich benennen.*)

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 Entzündung 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.

- 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.
- weitere Anwendungssituation, die mit Einwilligungsunfähigkeit einhergehen:

Kürzel der verfügenden Person:

(bitte auf jeder Seite mit Namens Kürzel abzeichnen)

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
oder
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. 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.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.
oder
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
oder
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.
oder
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche

Kürzel der verfügenden Person:

(bitte auf jeder Seite mit Namens Kürzel abzeichnen)

Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

Ich wünsche in jedem Fall eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.

Wiederbelebung

- In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich
 - Versuche der Wiederbelebung.
 - oder**
 - die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
 - , dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

oder

- Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens
 - lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
 - oder**
 - lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.
- oder**
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, 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.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

Kürzel der verfügenden Person:

(bitte auf jeder Seite mit Namenskürzel abzeichnen)

oder

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Antibiotika.

Blut/Blutbestandteile/Organspende

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Organen, Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- die Gabe von Organen, Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Gabe von Organen, Blut oder Blutbestandteilen.

Eigene Organspende

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

oder

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder

- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

Kürzel der verfügenden Person:

(bitte auf jeder Seite mit Namenskürzel abzeichnen)

Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
oder
- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
oder
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte Beistand durch folgende Personen/Kirche/Hospiz/etc.:

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Anweisungen

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.
- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte 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 meinem Vertreter 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

Kürzel der verfügenden Person:

(bitte auf jeder Seite mit Namenskürzel abzeichnen)

Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

- 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.
- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht.
- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung.

Meine Wertvorstellungen

Als Ergänzung und Auslegungshilfe meiner Patientenverfügung und insbesondere für den Fall der Ermittlung meines mutmaßlichen Willens lege ich meine Wertvorstellungen wie folgt dar:

(Bitte beschreiben Sie hier Ihre Lebenssituation, Ihre Einstellung zum Leben, was Sie für lebenswert halten und womit Sie nicht leben möchten, welche Rolle Ihre Familie für Sie spielt, ob Sie Hilfe andere annehmen möchten, welche religiösen Vorstellungen Sie haben, mit welchen Leiden/Behinderungen Sie umgehen könnten bzw. welche Sie bereits haben, wovor Sie Angst beim Sterben haben, wie Sie mit Schicksalsschlägen umgegangen sind, was Ihnen in schweren Zeiten geholfen hat)

Kürzel der verfügenden Person:

(bitte auf jeder Seite mit Namenskürzel abzeichnen)

Meine Vorlieben/Allergien/Unverträglichkeiten

- Ich habe folgende Allergien

- Ich habe folgende Unverträglichkeiten (z.B. Medikamente, Essen)

- Ich mag folgende Dinge gern (z.B. bestimmte Musik, Gerüche, Essen)

- Folgende Dinge mag ich nicht

Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
oder
- Diese Patientenverfügung soll nach _____ (Datum) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Datum _____

Unterschrift _____

Kürzel der verfügenden Person:
(bitte auf jeder Seite mit Namenskürzel abzeichnen)

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

Datum _____

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____

Kürzel der verfügenden Person:
(bitte auf jeder Seite mit Namens Kürzel abzeichnen)