

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, bestimme ich Folgendes:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. eingefügt)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- wenn ich in Folge 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 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.
- 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
- wenn die nachfolgend genannte Situation eintritt

.....
.....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

2. In allen unter Nummer 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.

3. In allen unter Nummer 1 beschriebenen Situationen lehne ich Folgendes ab:

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z.B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebensmaßnahmen

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
- Verminderte Flüssigkeitsgabe zur Beschwerdelinderung nach ärztlichem Ermessen

.....

.....
(Platz für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung
 - durch Hospizdienst
 - durch Seelsorge
 - durch

.....

.....
(Platz für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

✚ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vollmacht erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen. ja nein

✚ Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit meiner Betreuungsperson besprochen. ja nein

Bevollmächtigte/r ist: Betreuer/in ist (soll werden):

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, E-Mail)

✚ Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor ja nein

✚ Ich habe dieser Patientenverfügung persönliche Ergänzungen beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden. ja nein

✚ Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Anschrift, Telefon, E-Mail)

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

.....
(Name, Vorname)

✚ Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem folgenden Arzt meines Vertrauens besprochen. Sollten Probleme auftreten, die Entscheidungen über das weitere Vorgehen erfordern, verlange ich, dass die verantwortlichen Ärzte sich mit diesem Arzt in Verbindung setzen. ja nein

Arzt/Ärztin meines Vertrauens ist:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon, E-Mail)

Erklärung der Ärztin/ des Arztes meines Vertrauens:

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Patientenverfügung Kenntnis erlangt habe. Meine Patientin/mein Patient hat ihren/seinen letzten Willen in klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Vorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z.B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung, in Kenntnis über die medizinische Situation, die rechtliche Bedeutung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts erstellt. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich gebe diese Erklärung frei und ohne Zwang, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte ab.

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

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

Ich bestätige durch erneute Unterschrift, dass diese Verfügung nach wie vor meinem Willen entspricht:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)