

Patientenverfügung

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

1. Meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

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.

Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben:

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Bitte kreuzen Sie diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll. Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Patientenverfügung

- 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 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 unwahrscheinlich ist.
- mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen 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.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)

3. Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass alle medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.

oder

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden bzw. eingestellt werden und palliativ nur Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und andere belastende Symptome gelindert werden.

Patientenverfügung

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

oder

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
- dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

- die Unterlassung einer künstlichen Ernährung.
 - die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung).
 - eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl.
-
-

3.4 Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- Versuche der Wiederbelebung
oder
- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung

- dass ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
oder
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situation nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

3.5 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.
oder
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, vorausgesetzt, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.
Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder ungewollten Lebensverkürzung durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Patientenverfügung

3.6 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

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

3.7 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern.

oder

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

- keine Antibiotika.
-

3.8 Blut / Blutbestandteile

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich

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

oder

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

oder

- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen
-

Patientenverfügung

3.9 Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.
- oder
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische 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.

4. 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:

- Beistand durch einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Patientenverfügung

- hospizlichen Beistand.

Persönliche Ergänzungen zur Unterbringung und Begleitung:

5. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt.

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

6. Verbindlichkeit und Widerruf

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und Pflegereichen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichste im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Patientenverfügung

Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassene ärztliche / pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

- meiner / meinem Bevollmächtigten: _____
 - meiner / meinem Betreuer(in): _____
 - der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt
 - anderer Person: _____
-
- 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 der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:
 - meiner / meinem Bevollmächtigten: _____
 - meiner / meinem Betreuer(in): _____
 - der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt
 - anderer Person: _____

7. Aufklärung

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich

- ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.
- oder
- Ich wurde bei der Erstellung meiner Patientenverfügung ärztlich beraten und aufgeklärt.

Patientenverfügung

8. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Bei der Erstellung wurde ich beraten von _____
(Angaben nicht erforderlich).

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung durch einen Zeugen/eine Zeugin: (Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/ vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

Ort, Datum

Unterschrift

8. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt bei:

1. _____ am: _____
2. _____ am: _____
3. _____ am: _____

Patientenverfügung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung.

1. Bestätigung

Unterschrift Datum

2. Bestätigung

Unterschrift Datum

3. Bestätigung

Unterschrift Datum

4. Bestätigung

Unterschrift Datum

5. Bestätigung

Unterschrift Datum
