

Patientenverfügung

von

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon/Telefax/e-mail:

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich:

Diese Verfügung gilt für folgende Krankheitssituationen:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach – medizinisch nicht mehr abwendbar – im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt nicht absehbar ist.
- Wenn – nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach – meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit Menschen Kontakt aufzunehmen unwiederbringlich erloschen sind, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt sowohl für eine direkte Gehirnschädigung (z.B. infolge eines Schlaganfalls oder Unfalls) als auch für eine indirekte Gehirnschädigung (z.B. nach Wiederbelebungsmaßnahmen, Lungenversagen, Schock). Mir ist bewusst, dass in solchen Zuständen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Wiedererwachen aus diesem Zustand nicht mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden kann, allerdings höchst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ab Eintritt eines Komas oder Wachkomas mehr als Monate ohne nachweisbare Besserung meines Zustandes vergangen sind.
- Wenn ich aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbaugeschehens (z.B. Alzheimer'sche Krankheit oder vergleichbare Erkrankungen) trotz ausreichender und ausdauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Wenn ich an einer schleichenden, langsam zunehmenden Gehirnabbauerkrankung (z.B. Altersdemenz, Alzheimer'sche Krankheit oder vergleichbare Erkrankungen) leide und nicht mehr auf übliche Weise (z.B. Löffel, Schnabeltasse) ernährt werden kann, weil ich an der Fütterung bewusst oder unbewusst nicht mehr mitwirke oder sie abwehre. Mir ist klar, dass ich dann entsprechend der natürlichen Logik dieses Krankheitsgeschehens sterben werde.
- Mit den obigen Fällen vergleichbare Krankheitszustände, die hier nicht konkret aufgeführt sind, sollen entsprechend beurteilt und bewertet werden. Für sonstige Fälle sollen die ärztliche Behandlung wie der pflegerische Beistand die gegebenen Möglichkeiten angemessen ausschöpfen.

Für diese Krankheitssituationen lege ich fest:

- Ich wünsche lindernde pflegerische Maßnahmen, eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten und eine angemessene Unterbringung, Körperpflege und Zuwendung; ärztlicherseits wünsche ich das fachgerechte Lindern von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen belastenden Symptomen durch entsprechende Medikamente, selbst wenn dadurch eine Lebenszeitverkürzung begünstigt wird.

In allen auf Seite 1 beschriebenen Krankheitssituationen wünsche ich:

- Das Unterlassen bzw. Unterbrechen bereits eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. Dialyse, künstliche Beatmung), die lediglich den Todeseintritt hinauszögern und möglicherweise damit Leiden unnötig verlängern.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.
- Neben allen oben geschilderten Krankheitssituationen sollen Wiederbelebungsmaßnahmen auch in allen Fällen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes oder Atemversagens unterbleiben, sofern sie nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen (z.B. während einer Operation) unerwartet eintreten.
- Ein Notarzt soll nicht gerufen bzw. ein bereits behandelnder Notarzt soll umgehend über meine Ablehnung von Wiederbelebungsversuchen unterrichtet werden.

In allen auf Seite 1 beschriebenen Krankheitssituationen erwarte ich sterben zu dürfen, auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (z.B. Komafälle, Altersdemenz, Alzheimer'sche Krankheit), und verlange:

- Keine künstliche Ernährung – weder über Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über venöse Zugänge.
- Verringerte Flüssigkeitsgabe nach palliativmedizinischem Ermessen (z.B. zur Gabe symptomlindernder Medikamente).

Des Weiteren wünsche ich in allen auf Seite 1 beschriebenen Krankheitssituationen:

- Eine Antibiotika-Behandlung soll unterbleiben, es sei denn, sie ist zur Leidens- und Schmerzlinderung unbedingt erforderlich.
- Die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen soll unterbleiben, es sei denn, sie ist zur Leidens- und Schmerzlinderung unbedingt erforderlich.

Begleitung und Beistand

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sterbeort

.....
.....
.....
.....
.....

Organentnahme

- Einer Organentnahme nach meinem Tod zu Transplantationszwecken **stimme ich zu** – und zwar für folgende Organe:
Komme ich nach ärztlichem Urteil 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.
- Einer Organentnahme nach meinem Tod **stimme ich nicht zu**.

Verbindlichkeit

Die in dieser Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen habe ich nach eingehender und reiflicher Überlegung und ohne äußeren Druck getroffen.

Die Weisungen sind Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts und nach geltendem Recht keine Aufforderung zu (strafbarer) aktiver Sterbehilfe. Ich erwarte daher, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Behandlungs- und Pflegeteams meinen Festlegungen folgen.

Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung.

Mir ist klar, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich wünsche, dass mir in keiner Situation eine mutmaßliche Änderung meines hier bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht schriftlich, nachweislich mündlich oder durch andere Äußerungen (Gespen, Blicke) eindeutig widerrufen habe.

Sollte ich an einer schleichend verlaufenden Gehirnabbauerkrankung (Demenz, Alzheimer'sche Erkrankung oder vergleichbare Erkrankungen) leiden und in diesem Zustand diese Patientenverfügung befragt oder unbefragt widerrufen, so verlange ich durch eine Fachärztin/einen Facharzt der Neurologie/Psychiatrie gutachterlich feststellen zu lassen, dass ich mit aller Wahrscheinlichkeit die für diesen Widerruf notwendige Einsichtsfähigkeit noch besitze. Kann dies nicht mit aller Sicherheit festgestellt werden, so will ich, dass meine Patientenverfügung in ihren Aussagen **nicht** angezweifelt wird.

Vertretung

Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** für die Gesundheitsorge erteilt. Der Inhalt der Patientenverfügung ist mit meiner/meinem Bevollmächtigten besprochen. Sollten behandelnde Ärztin, behandelnder Arzt oder Pflegeteam nicht bereit sein, meinem Willen zu folgen, so erwarte ich, dass umgehend für eine andere, meinem Patientenwillen gemäßige medizinische und pflegerische Behandlung gesorgt wird. Dies soll die von mir bevollmächtigte Vertrauensperson veranlassen und überwachen.

Ich befreie die behandelnden Ärzte und Pflegepersonen von der Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem Bevollmächtigten und/oder einer benannten Vertrauensperson. Ihnen ist auch Einblick in alle Behandlungs- und Pflegeunterlagen zu gewähren.

.....
Name, Adresse, Telefon/Telefax/e-mail der/des Bevollmächtigten

.....
Name, Adresse, Telefon/Telefax/e-mail der Vertrauensperson

Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine **Betreuungsverfügung** erstellt. Sie ist hinterlegt bei:

.....
Name, Adresse, Telefon/Telefax/e-mail

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

.....
Ort, Datum, Unterschrift der/des Verfügenden

