



P a t i e n t e n v e r f ü g u n g

(Mit * sind die notwendigen Bestandteile einer Patientenverfügung gekennzeichnet)

Ich*, Name und Vorname geboren am
wohnhaft in

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

Situationen, für die die Verfügung gelten soll *

Wenn

⌈ ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ODER

⌈ ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

⌈ ich 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 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 zunehmen.

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich:

Lebenserhaltende Maßnahmen

⌈ 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

eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

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

⌈ die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch Schmerz- und Symptom lindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung

⌈ dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

⌈ die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

O D E R

⌈ die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich:

⌈ die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.



⌋ dass eine Notärztin oder 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 Kreislaufstillstands oder Atemversagens

⌋ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

O D E R

⌋ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung

⌋ 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

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

Antibiotika

⌋ Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile

⌋ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Beistand

Ich möchte

⌋ Beistand durch folgende

Personen:

⌋ Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

.....

⌋ hospizlichen Beistand.

Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

⌋ Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein/e *Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)*

Herr/Frau 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 meinem/r *Bevollmächtigten/Betreuer(in)* erwarte ich, dass er/sie die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

⌋ In Situationen, 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: (*Alternativen*)

⌋ meiner/meinem Bevollmächtigten.

⌋ meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

⌋ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

⌋ andere Person:



⌋ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

Bevollmächtigte(r)

Name:

Anschrift:

Telefon: Telefax:

⌋ Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name:

Anschrift:

Telefon: Telefax:

Schlussformel *

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

Schlussbemerkungen

⌋ 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.

Information/Beratung

⌋ Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert/und beraten lassen bei/durch

Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

war bei der Abfassung dieser Patientenverfügung im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte und in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Namen und Unterschrift der Zeugin/des Zeugen (ggf.: Stempel der Ärztin/des Arztes)

.....

.....

(Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin/einen Notar bestätigt werden.)

Aktualisierung *

⌋ Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Ort Datum

Unterschrift



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

(Alternativen)

☐ in vollem Umfang.

☐ mit folgenden Änderungen:

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

Ort Datum

Unterschrift

Herr/Frau
war bei der Bestätigung / Änderung seiner/ihrer Patientenverfügung im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte und in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Namen und Unterschrift der Zeugin/des Zeugen (ggf.: Stempel der Ärztin/des Arztes)

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