



Patientenverfügung

Bedeutung dieser Verfügung

Mit der gesetzlich geregelten Patientenverfügung können sie für den Fall der späteren Entscheidungsunfähigkeit vorab schriftlich festlegen, ob Sie in bestimmte medizinische Maßnahmen einwilligen oder sie untersagen. Der Arzt hat dann zu prüfen, ob Ihre Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, so hat er die Patientenverfügung unmittelbar umzusetzen.

Im Folgenden bestimme ich

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort/Land)

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

den Handlungsrahmen über meine medizinische Betreuung für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich machen kann. Als Zeichen dafür, dass ich mich eingehend mit dem folgenden Text beschäftigt habe, habe ich unter anderem bestimmte Teile gestrichen, angekreuzt und ergänzt. Dabei weiß ich, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit widerrufen kann. Dies ist möglich durch Vernichtung oder durch schriftlichen oder mündlichen Widerruf. Für den Widerruf reicht eine Geste, wenn ich mich nicht mehr äußern kann.

Die Patientenverfügung gilt für Situationen, 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 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, 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 äußerst unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines sehr 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.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

.....
.....

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass

- alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
- 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.
- 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.
- eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen soll.
- 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 Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll.

Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung
- 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.

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

- Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
- 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.
- 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.
- 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.
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
- keine Antibiotika.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Ich möchte

- Beistand und Begleitung durch folgende Personen:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

- hospizlichen Beistand

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber

- Personen, welche ich zu meinem Beistand benannt habe.

folgende Personen

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

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 (Bevollmächtigter) besprochen:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder Betreuers erstellt.

Organspende

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

Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.

Aufbewahrungsort:

Die vorangegangenen Verfügungen sind mein fester Wille. Ich bitte daher nachdrücklich, meine Wünsche, die ich in dieser Patientenverfügung niedergelegt habe, zu erfüllen.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

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

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

Folgende Personen sollen nicht zu Rate gezogen werden:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. etwa alle zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	Unterschrift