

Patientenverfügung

Von

Vorname, Nachname

Geburtsdatum,

Geburtsort

Adresse

Telefon

1. Einleitung

Wenn ich eines Tages schwer erkrankte oder schwer pflegebedürftig werden sollte und in wesentlichen Entscheidungen auf die Unterstützung anderer angewiesen bin, so erwarte ich von allen, die mir beizustehen versuchen, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder vom eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

Persönliche Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich Krankheit, Leid und Sterben:

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll (Zutreffendes ist angekreuzt)

Die folgende Verfügung soll gelten für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann und ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- durch Gehirnschädigung oder geistige Verwirrung aller Wahrscheinlichkeit nach (nach Einschätzung eines erfahrenen Behandlungsteams) unwiederbringlich die Fähigkeit verloren habe, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder
- demenzielle Erkrankungen ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Und dies sind nur Beispiele; andere Situationen mit vergleichbaren Folgen sind auch gemeint. Ich bin 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.
- bei schwerer Pflegebedürftigkeit dauerhaft auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen bin, meine Eigenständigkeit weitestgehend verloren habe und meine geistigen Fähigkeiten, Entscheidungen zu treffen und weiterreichende Zusammenhänge zu erkennen, stark beeinträchtigt oder gar erloschen sind. Das gilt auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenz.
- selbst oder auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. Das gilt auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenz.
- im Verlauf meiner bestehenden Erkrankung folgenden gesundheitlichen Zustand erreiche

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

■ Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> dass alles medizinisch Notwendige getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern. | oder | <input type="checkbox"/> dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, ggfs. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. |
| <input type="checkbox"/> auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann. | | 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 unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz und Symptombehandlung:

- | | | |
|--|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel, die mich in einen Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit versetzen. | oder | <input type="checkbox"/> und ich akzeptiere, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten der Schmerz- und Symptombekämpfung versagen, auch Mittel, die mich dauerhaft in einen Zustand der Bewusstlosigkeit versetzen. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf. |
|--|-------------|--|
-

■ Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> dass eine künstliche Ernährung begonnen und weitergeführt wird. | oder | <input type="checkbox"/> dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen. |
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Flüssigkeitszufuhr. | | <input type="checkbox"/> dass eine bereits bestehende künstliche Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr beendet wird. |
| | oder | <input type="checkbox"/> dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung, nicht im Sinne einer Lebenserhaltung, erfolgen. |
-

■ **Künstliche Beatmung**

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängert. | oder | <input type="checkbox"/> dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine 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. |
|---|-------------|---|
-

■ **Dialyse**

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann. | oder | <input type="checkbox"/> dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird. |
|--|-------------|---|
-

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|---|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika, falls diese mein Leben verlängern kann. | oder | <input type="checkbox"/> keine Behandlung mit Antibiotika durchgeführt wird. |
| | oder | <input type="checkbox"/> dass Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung, nicht im Sinne einer Lebenserhaltung, gegeben werden. |
-

■ **Wiederbelebende Maßnahmen**

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich:

- | | | |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung. | oder | <input type="checkbox"/> die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. |
| | | <input type="checkbox"/> dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird. |
| | | <input type="checkbox"/> am _____ (Monat/Jahr) habe ich bei entsprechender Indikation einen Defibrillator implantiert bekommen. In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich, dass mein Defibrillator in seiner Schocktherapie deaktiviert wird.
Ich bin darüber aufgeklärt, dass die bisher gewollte lebenserhaltene Funktion des Gerätes dann nicht mehr gegeben ist. |

Ort/Datum

Unterschrift

■ **Blut/Blutbestandteile**

In den unter 2. beschriebenen Situationen wünsche ich:

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

oder
 keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

oder
 die Gabe von Blut und Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung, nicht im Sinne einer Lebenserhaltung.

4. Organspende

Ich stimme einer Organ- bzw. Gewebespende zu. Mir ist bewusst, dass die Hirntoddiagnostik und Organentnahme intensiv-medizinische Maßnahmen erfordern, die ich für diesen Zweck ggf. abweichend von meiner Patientenverfügung gestatte.

oder
 Ich lehne die Entnahme von Organen oder Gewebe ab.

5. Aufenthalt und Beistand

Ich möchte in meiner letzten Lebensspanne

- wenn möglich zu Hause bzw. in meiner vertrauten Umgebung verbleiben.
- wenn möglich in ein Hospiz verlegt werden.
- in ein Krankenhaus verlegt werden.

Ich wünsche mir Beistand durch folgende Person:

Ich wünsche Beistand durch eine/n Vertreter/in folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

Persönliche ergänzungen, meine Werte, meine Beweggründe für diese Entscheidungen:

6. Verbindlichkeit

Der in dieser Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein Vertreter – Bevollmächtigter/Betreuer – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird. Wenn eine medizinische Indikation zur weiteren lebenserhaltenden Behandlung nicht oder nur sehr fraglich gegeben ist, erwarte ich, dass das offen seitens der Ärzte ausgesprochen wird.

Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Verfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter – Bevollmächtigter/Betreuer – erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Verfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Verfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung meines Vertreters – Bevollmächtigter/Betreuer – besondere Bedeutung zukommen.

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 Ärzte/das Behandlungsteam oder mein Vertreter – Bevollmächtigter/Betreuer – 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 meines Vertreters – Bevollmächtigter/Betreuer – besondere Bedeutung zukommen.

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung für u.a. Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person bzw. dem von mir gewünschten Betreuer besprochen.

Bevollmächtigte(r)/gewünschte(r) Betreuer*in

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

7. Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung. Meine Entscheidungen habe ich gut informiert und für mich als richtig empfindend getroffen.¹

8. Unterschrift

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

Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

