

Patientenverfügung

1. Eingangsformel

Ich, Herr Frau

Vor- / Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Mail

Geburtsdatum /-ort

habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.

Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, bestimme ich, dass ich in Würde sterben möchte. Dies soll für folgende Situation(en) gelten:

2. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

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

- wenn 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.

- wenn 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 zu nehmen.

- wenn die nachfolgend genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung der Anwendung). *

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

- Sollte ein nicht ausdrücklich genannter, mit den vorbezeichneten Situationen vergleichbarer Lebenszustand eintreten, so wünsche ich ein diesem angepasstes Vorgehen.

2.2 Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen **

2.2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

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.

2.2.2. Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich einer 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.

2.2.3 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.

dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen bzw. erfolgt.

dass 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.

2.2.4 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 Kreislaufstillstands oder Atemversagens

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

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

2.2.5 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.

2.2.6 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.

2.2.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

keine Antibiotika.

2.2.8 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.

2.3 Ort der Behandlung

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Beistand durch folgende Personen:

.....
.....

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

.....

hospizlichen Beistand.

2.4 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

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

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

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreterin/mein Vertreter z. B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille 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 meiner Vertreterin/meinem Vertreter z. B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

- In Lebens- und Behandlungssituationen, 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:

- der von mir bevollmächtigten Person.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
- folgender 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 oder das Behandlungsteam oder meine Bevollmächtigte/mein Bevollmächtigter oder meine Betreuerin/mein 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 folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

- der von mir bevollmächtigten Person.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
- folgender anderer Person:

.....

2.6 Angaben zur Organspende

- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Diese geht den Bestimmungen zur Patientenverfügung vor.
- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Diese Zustimmung geht den Bestimmungen zur Patientenverfügung vor.
- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.
- Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach dem Tod zu Transplantationszwecken ab.

2.7 Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Ich lege folgende Unterlagen zu meiner Patientenverfügung bei, die ich für wichtig erachte: ***

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mit folgenden Ausführungen möchte ich eine Hilfestellung zum Verständnis meiner vorstehenden Patientenverfügung machen: ****

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.8 Erklärung zu weiteren Verfügungen

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

Vor- / Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Mail

Geburtsdatum /-ort

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

Vor- / Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Mail

Geburtsdatum /-ort

Ich habe zusätzlich eine Verfügung zum Vertretungsrecht für Eheleute getroffen.

Ich bin mit der Vertretung:

einverstanden

nicht einverstanden

2.9 Schlussbemerkungen

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

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.

2.10 Beratung

Bei der Ausfüllung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Vor- / Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

2.11 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit (OPTIONAL)

Frau Herr

wurde von mir am

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

2.12 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren.

Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum /

Unterschrift

Anmerkungen zum Dokument

* Bitte beschreiben Sie möglichst konkret, wie in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation, z.B. Wachkoma, gehandelt werden soll. Was soll in welcher Situation getan bzw. unterlassen werden, z.B. Angaben zur Schmerz- und Symptombehandlung, künstlichen Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstlichen Beatmung, Antibiotikabgabe oder Dialyse, etc.?

** Bitte ab hier nur eine der möglichen Alternativen ankreuzen

*** Bitte Schriftstücke angeben

**** Wir empfehlen Ihnen an dieser Stelle Ihre persönlichen Vorstellungen zu einem lebenswerten oder nicht mehr lebenswerten Leben darzulegen, z.B. religiöse Anschauung oder Erwartungen bezüglich der eigenen Lebensgestaltung im Falle einer eingeschränkten Lebensfähigkeit.