

Patientenverfügung

von

_____	_____	_____
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
PLZ, Wohnort	Straße, Haus-Nr.	Telefon

1. Meine Wünsche und Werte, mein Lebensbild

Wenn ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, insbesondere am Ende meines Lebens, erwarte ich von allen, die mich begleiten, dass sie sich bei ihren Entscheidungen an meinen Verfügungen und Werten orientieren. Sie sollen sich weder von ihrem eigenen Willen noch von dem, was medizinisch-technisch machbar ist, leiten lassen.

Anmerkungen zu meinen Erfahrungen und Befürchtungen zu Krankheit, Leiden und Sterben:

Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen.

2. Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll

Bitte kreuzen Sie diejenigen Situationen an, in denen diese Verfügung gelten soll.

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. | <input type="checkbox"/> mich im Zustand eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. |
| <input type="checkbox"/> mich im Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. | |
| <input type="checkbox"/> 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 Entzündungen, 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. | <input type="checkbox"/> _____

_____ |

(Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll. Es sollen dabei aber nur Situationen beschrieben werden, die mit einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit einhergehen können.)

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

3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- | | | |
|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten | oder | <input type="checkbox"/> 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. |
|---|-------------|---|

.....

3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- | | | | | |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung. | oder | <input type="checkbox"/> | wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf. |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|--|
-

3.3 Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- | | | | | |
|--------------------------|---|-------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dass eine künstliche Ernährung (Magensonde) begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | oder | <input type="checkbox"/> | die Unterlassung einer künstlichen Ernährung. |
| <input type="checkbox"/> | dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen und weitergeführt wird mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | | <input type="checkbox"/> | die Unterlassung einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung). |
| <input type="checkbox"/> | dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt. | | <input type="checkbox"/> | eine fachgerechte lindernde Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl. |
-

3.4 Künstliche Beatmung

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- | | | | | |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | eine künstliche Beatmung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | 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. |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|--|
-

3.5 Dialyse

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder** dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
-

3.6 Antibiotika

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- Antibiotika mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder** Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
 keine Antibiotika.
-

3.7 Blutersatzprodukte

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder** die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
 keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.
-

3.8 Kreislaufstabilisierende Medikamente

In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. **oder** keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten (außer zur Beschwerdelinderung).
-

3.9 Wiederbelebende Maßnahmen

A. In den unter 2. beschriebenen Situationen erwarte ich,

- | | | | | |
|--------------------------|---|-------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung mit dem Ziel, mein Leben zu verlängern. | oder | <input type="checkbox"/> | die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung. |
| | | | <input type="checkbox"/> | für den Fall, dass ein Notarzt hinzugezogen wird, dass dieser unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahme informiert wird. |

B. Nicht nur in den unter 2. beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- | | | | | |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab. | oder | <input type="checkbox"/> | lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet auftreten. |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|---|

.....

3.10 Organspende

- | | | | | |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ich habe einen Organspendeausweis und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. | oder | <input type="checkbox"/> | Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab. |
|--------------------------|--|-------------|--------------------------|--|

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

- | | | | | |
|--------------------------|---|-------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. | oder | <input type="checkbox"/> | gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor. |
|--------------------------|---|-------------|--------------------------|--|

.....

3.11 Persönliche Ergänzungen zu gewünschten oder abgelehnten Maßnahmen:

4. Aufenthalt und Begleitung

In den unter 2. beschriebenen Situationen möchte ich

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in meiner vertrauten Umgebung verbleiben. | <input type="checkbox"/> von folgenden Personen begleitet werden: |
| <input type="checkbox"/> wenn möglich in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung verlegt werden. | _____ |
| <input type="checkbox"/> ins Krankenhaus verlegt werden. | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Beistand von einer Vertreterin oder einem Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: |
| | _____ |
| | <input type="checkbox"/> hospizlichen Beistand. |

.....

5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

.....

6. Verbindlichkeit und Widerruf

- Ich erwarte, dass mein in dieser Patientenverfügung geäußertes Willens befolgt wird und der von mir benannte Bevollmächtigte bzw. mein Betreuer Sorge für dessen Umsetzung trägt. Der Wunsch nach Unterlassung von medizinischen Maßnahmen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.
- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille zu ermitteln; dazu soll diese Verfügung gemäß § 1901 a Abs. 2 BGB maßgeblich sein.
- Im Falle, dass der behandelnde Arzt und mein Bevollmächtigter sich über meinen mutmaßlichen Willen nicht einig sind, erwarte ich von meinem Bevollmächtigten bzw. meinem Betreuer, dass er das Betreuungsgericht einschaltet.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.
- Ich wünsche nicht, dass in einer unter 2. beschriebenen Situation eine Änderung meines Willens aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer Äußerungen unterstellt wird.

oder

- 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/das Behandlungsteam/meine Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderer 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.

Hinweis auf eine existierende Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

- | | | |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und mit dem/der/den Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen. | oder | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Vorsorgevollmacht erstellt. |
| <input type="checkbox"/> Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt. | oder | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Betreuungsverfügung erstellt. |

7. Aufklärung

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

Ich wurde am _____
von der Ärztin/dem Arzt _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Frau/Herr _____

war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum: _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes _____

➤ Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

8. Unterschrift

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

Bei der Erstellung wurde ich beraten von _____
(Angaben nicht erforderlich).

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung durch eine Zeugin/einen Zeugen: (Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

Ort, Datum

Unterschrift

9. Hinterlegung und regelmäßige Aufrechterhaltung

Kopien dieser Patientenverfügung sind hinterlegt:

1. _____ am: _____
2. _____ am: _____
3. _____ am: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die weitere Gültigkeit meiner Patientenverfügung. *(Wenn ich meine Patientenverfügung nicht in regelmäßigen Abständen bestätigt habe, bedeutet dies nicht, dass diese Patientenverfügung nicht mehr Bestand haben soll.)*

1. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

2. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

3. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

4. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

5. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift

6. Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift