

Patientenverfügung

Ich,

Vorname, Name, Geburtsname:

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort, Straße:

Telefon:

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll:

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 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, 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 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.

1. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich 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 andere belastender Symptome.

2. Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen erwarte ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, sollen auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung eingesetzt werden. Dabei nehme ich die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.

3. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich 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.

4. Wiederbelebung

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situation nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

5. Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich 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.

6. Dialyse, Antibiotika, Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird, keine Antibiotika und keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

7. Organspende

Ich stimme der Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu ja nein
Ich lehne die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab ja nein

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit den von mir bevollmächtigten Personen besprochen.

Bevollmächtigt sind:

Vorname, Name, Geburtsname:

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort, Straße:

Telefon:

und

Vorname, Name, Geburtsname:

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort, Straße:

Telefon:

jeweils einzeln.

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. Meine Bevollmächtigten sollen 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 meinen Bevollmächtigten erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisieren, 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 meiner Bevollmächtigten 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 oder das Behandlungsteam 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. Auch in diesen Fällen soll bei unterschiedlichen Meinungen der Auffassung meiner Bevollmächtigten besondere Bedeutung zukommen.

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.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)