

Patientenverfügung

Ich _____

(Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in)

treffe hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann folgende Bestimmungen:

1. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ⇒ ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde und
- ⇒ 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 (*können namentlich benannt werden*) 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.
- ⇒ 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.
- ⇒ Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

1.1 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

1.1.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

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

oder

- ⇒ 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, Erstickungsängsten Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

1.1.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- ⇒ aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen .

oder

- ⇒ 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.

1.1.3 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.

oder

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

oder

- ⇒ 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.

1.1.4 Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- ⇒ Versuche der Wiederbelebung.

oder

- ⇒ 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.

oder

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

1.1.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

⇒ eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

⇒ 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.

1.1.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

⇒ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

⇒ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

1.1.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

⇒ Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

⇒ Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

⇒ keine Antibiotika.

1.1.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

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

oder

- ⇒ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

- ⇒ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen

1.2 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- ⇒ zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

oder

- ⇒ wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

oder

- ⇒ wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- ⇒ Beistand durch folgende Personen:

- ⇒ Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft

- ⇒ hospizlichen Beistand.

1.3 Einer Organspende

⇒ stimme ich zu oder, stimme ich nicht zu

Ich wünsche, dass folgende Person(en) verständigt werden, bzw. meinen Willen durchsetzen, wenn ich nicht dazu in der Lage bin.

für die ich eine **Vorsorgevollmacht** ausgestellt habe. (ggf. streichen).

Schweigepflichtsentbindung :

Ich befreie alle Ärzte, die mich behandeln von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber diesen o.g. Personen sowie Behörden und Gerichten.

Widerrufsmöglichkeit :

Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Gültigkeit dieser Erklärung im Falle veränderter Umstände :

Ich weiß insbesondere, dass in einer Situation, in der es mir auf die Beachtung dieser Verfügung ankommt, unter Umständen angenommen wird, ich würde mich in der konkreten Situation anders entscheiden als hier niedergelegt. Ich bitte deshalb die behandelnden Ärzte, diese Erklärung als Ausdruck einer wohl überlegten generellen Einstellung zu diesen Lebensfragen zu werten!

Ich habe meine Willen in dieser Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

(Ort, Datum)

(Vor - und Nachname)

Der Arzt meines Vertrauens hat mich über die Folgen meiner Entscheidungen aufgeklärt.

Unterschrift