

Meine Patientenverfügung

Meine persönlichen Daten

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Für den Fall, dass ich meinen Willen, nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, gebe ich nach sorgfältiger Überlegung folgende Erklärung ab, die unbegrenzt Gültigkeit behalten soll, bis sie von mir geändert oder widerrufen wird.

Diese Verfügung ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts, darum wünsche ich nicht, dass mir in konkreten Situationen der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich schriftlich, nachweislich mündlich oder durch andere Äußerungen (Gesten, Blicke) eindeutig widerrufen habe.

trifft zu / trifft nicht zu

1. Diese Verfügung gilt unbedingt und unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung:

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 infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener 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 äußerst unwahrscheinlich ist.

Wenn ich mich im Zustand eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) befinde und 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, durch den Arzt/die Ärztin meines Vertrauens und meine/n BetreuerIn. Wenn keine Betreuung ernannt ist, sollen nahe Angehörige und Vertrauenspersonen gehört werden, wie sie hier namentlich genannt sind:

1. _____

Name

2. _____

Name

Anschrift

Anschrift

Telefon

Telefon

Eigene Beschreibung von Situationen, in denen diese Verfügung gelten soll:

2. Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name und Fachgebiet

Anschrift

Telefon

Telefax

Kenntnis genommen: _____

Unterschrift

trifft zu / trifft nicht zu

3. In allen unter Nummer 1 als zutreffend beschriebenen Situationen, insbesondere Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

Die Unterlassung bzw. Einstellung bereits eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern.

Eine konsequente Schmerztherapie, ausgerichtet nach palliativ-medizinischen Prinzipien. Leidensminderung hat für mich absoluten Vorrang vor allen anderen therapeutischen Maßnahmen. Eine damit eventuell verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

Lindernde ärztliche medikamentöse Maßnahmen zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, fieberhaften Begleitsymptomen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen eingestellt werden.

Keine künstliche Flüssigkeitsgabe, auch keine subcutane Infusion. Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen eingestellt werden.

Flüssigkeitsgabe nur bei palliativ-medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls.

trifft zu / trifft nicht zu

Keine Wiederbelebungsmaßnahmen (Reanimation)

Für den Fall, dass eine Notärztin/ ein Notarzt hinzugezogen wird, ist diese/r unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen zu informieren.

Keine Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten.

Keine künstliche Beatmung bzw. die Einstellung dieser, vorausgesetzt dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte.

Keine künstliche Blutwäsche (Dialyse) zur Lebensverlängerung. Bereits eingeleitete Maßnahmen sollen eingestellt werden.

Keine Transfusion von Blut oder Blutbestandteilen, außer palliativ-medizinisch zur Beschwerdelinderung. Eine damit verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf.

Keine Behandlung mit Antibiotika, außer palliativ-medizinisch zur Beschwerdelinderung.

Auf keinen Fall eine Einweisung zur Behandlung in ein Krankenhaus.

Die Befolgung dieser Forderungen ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

Meine folgenden Entscheidungen zur Organspende sollen Bestandteil dieser Patientenverfügung sein:

Ich besitze einen persönlichen Organspendeausweis.

Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Hirntodes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

Bei Nichtzutreffen nachfolgende Passage bitte streichen:

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 geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Dafür lasse ich zeitlich eng begrenzt (Stunden bis höchstens wenige Tage) intensivmedizinische Maßnahmen zu.

trifft zu / trifft nicht zu

4. Aufenthaltsort und persönlicher Beistand:

Ich möchte

- wenn möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.
- wenn möglich, in einem Hospiz sterben.
- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

Beistand durch eine/n Seelsorger/in folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft

Beistand durch einen Hospiz- oder Palliativdienst

Ich wünsche eine Begleitung durch folgende Personen:

Name, Anschrift, Telefon

Name, Anschrift, Telefon

Name, Anschrift, Telefon

Auf keinen Fall die Anwesenheit von:

Eine Darlegung meiner persönlichen Wertvorstellungen lege ich dieser Patientenverfügung bei.

trifft zu / trifft nicht zu

5. Weitere Vollmachten und Verfügungen:

Ich habe als wesentliche Ergänzung zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name der/s Bevollmächtigten

Anschrift

Telefon

Kenntnis genommen: _____
Unterschrift

Name der/s Ersatzbevollmächtigten

Anschrift

Telefon

Kenntnis genommen: _____
Unterschrift

Ich habe anstelle einer Vorsorgevollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name des/r Betreuers/in

Anschrift

Telefon

Kenntnis genommen: _____
Unterschrift

6. 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 Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein/e Vertreter/in (Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in) soll dafür Sorge tragen das mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollte 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 meinem/r Vertreter/in (Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in) erwarte ich das sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

Im Falle dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt und mein Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in sich über die Auslegung meiner Patientenverfügung, meiner Behandlungswünsche oder meinem mutmaßlichen Willen nicht einig sind, erwarte ich von meinem/r Vertreter/in das er/sie das Betreuungsgericht einschaltet.

Mir ist bewusst, dass ich diese Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt schriftlich widerrufen kann.
(Änderungen sind immer mit aktuellem Datum und Unterschrift zu versehen)

trifft zu / trifft nicht zu

Es existieren außer dieser Patientenverfügung keine weiteren Verfügungen zu meiner Person.

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

(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Name

Funktion

Anschrift

Telefon

Ort/Datum

Unterschrift

Auf eine Beratung habe ich bewusst verzichtet.

Das Original meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

(Kopien sollten bei den in dieser Patientenverfügung genannten Vertrauenspersonen hinterlegt werden.)

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Ausstellers/
der Ausstellerin

Bestätigung:

Ich habe mit dem/der Aussteller/in dieser Verfügung über die hier festgelegten Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen eingehend gesprochen und bestätige, dass der Inhalt voll verstanden worden ist, die erforderliche Einwilligungsfähigkeit gegeben und die Unterschrift eigenhändig geleistet wurde.

Name

Funktion

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

