

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich,

.....
(Vorname, Name, Geburtsdatum und -ort, wohnhaft in [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer])

aufgrund von Krankheit, Unfall, Bewusstseinsbeeinträchtigung oder Bewusstlosigkeit nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person äußern kann, verfüge ich das Nachfolgende.

Diejenigen, die an meiner Stelle handeln müssen, sollen die nachfolgend niedergelegten Wünsche, Werte und Hoffnungen zur Grundlage ihrer Entscheidung machen, nicht ihre eigenen Vorstellungen oder aber diejenigen Dritter.

Meine Einstellung zu einem lebenswürdigen Sterben besteht darin, dass

Sie beruht auf den folgenden Erwägungen und Erfahrungen, wonach

Daher erwarte ich, dass mein in dieser Patientenverfügung geregelter Wille auch von den behandelnden Ärzten und allen weiteren, mich behandelnden Personen befolgt wird.

Ich weiß, dass ich die nachfolgenden Verfügungen jederzeit widerrufen kann, solange ich meinen Willen frei bilden und äußern kann. Ich habe mich mit den nachstehenden Anordnungen zur Behandlung und zum Behandlungsabbruch intensiv auseinandergesetzt. Die nachfolgenden Anordnungen sind als Ergebnis meiner Auseinandersetzung mit dem vorgenannten Thema zu verstehen.

1. Diese Verfügung soll für folgende Situationen gelten:

Wenn ich

mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

infolge eines fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

infolge einer direkten (z.B. Unfall) oder indirekten Gehirnschädigung (z.B. Schock) 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 mein Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dabei ist mir bewusst, dass in Situationen wie den vorgenannten die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist. Die Namen der von mir zur Einschätzung der o. g. Situation gewünschten Ärzte lauten (nur, falls gewünscht).

..... (Eigene Schilderung weiterer Situationen, die allerdings einer der o. g. Situationen entsprechen sollten).

2. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten, mein Leben zu verlängern und meine Beschwerden zu lindern.
- dass alle medizinischen Maßnahmen unterlassen oder gegebenenfalls abgebrochen werden, die mich am Sterben hindern. Hunger und Durst sollen nur auf natürliche Weise, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, gestillt werden. Ich wünsche eine fachgerechte Pflege, menschwürdige Unterbringung und wirksame Behandlung quälender Umstände.

3. Einzelmaßnahmen

Die nachfolgenden Entscheidungen zu den genannten Einzelmaßnahmen sind als verbindlich anzusehen. Ich verzichte ausdrücklich auf jegliche, gegebenenfalls weitere ärztliche Aufklärung zu den genannten Einzelmaßnahmen.

a. Schmerz- und Symptombehandlung

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung ohne den Einsatz bewusstseinsdämpfender Mittel stattfindet.
- dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung als letztes Mittel der Linderung, gegebenenfalls auch mit Hilfe bewusstseinsdämpfender Mittel stattfindet. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit aufgrund von schmerz- und symptomlindernden Maßnahmen nehme ich in Kauf.

b. Künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gegebenenfalls aufgenommen oder weitergeführt wird.
- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gegebenenfalls aufgenommen oder weitergeführt wird, diese allerdings nach ärztlichem Ermessen reduziert werden kann.
- dass jegliche künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr unterlassen wird.

c. Künstliche Beatmung

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass eine künstliche Beatmung stattfindet, wenn diese zu einer Verlängerung meiner Lebenszeit führen könnte.
- dass jegliche künstliche Beatmung unterlassen bzw. bereits eingeleitete Beatmungsmaßnahmen abgebrochen werden, sofern Medikamente zur Linderung der Luftnot verabreicht werden. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit aufgrund dieser Medikamente nehme ich in Kauf.

d. Wiederbelebung

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass Wiederbelebungsversuche in jedem denkbaren Fall unternommen werden.
- dass Wiederbelebungsversuche unterlassen werden. Ein Notarzt soll nicht verständigt, ein gegebenenfalls bereits verständigter Notarzt unverzüglich über meine in dieser Verfügung niedergelegte, jegliche Wiederbelebungsversuche ablehnende Entscheidung in Kenntnis gesetzt werden.

(Alternativ:)

Nicht nur in den von mir benannten Situationen, sondern auch in allen anderen denkbaren Situationen verlange ich,

- dass Wiederbelebungsversuche unterlassen werden.
- dass Wiederbelebungsversuche unterlassen werden, sofern die Wiederbelebungs-situation nicht unerwartet und/oder im Rahmen medizinischer Maßnahmen eintritt.

e. Künstliche Blutwäsche (Dialyse)

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass eine Dialyse durchgeführt wird, wenn diese zu einer Verlängerung meiner Lebenszeit führen könnte.
- dass eine Dialyse unterlassen bzw. eine bereits eingeleitete Dialyse abgebrochen wird.

f. Antibiotika

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass Antibiotika verabreicht werden, wenn diese zu einer Verlängerung meiner Lebenszeit führen könnte.
- dass Antibiotika nur Behandlung quälender Umstände verabreicht werden.
- dass keine Antibiotika verabreicht werden.

g. Blut und Blutbestandteile

In den von mir benannten Situationen verlange ich,

- dass Blut oder Blutbestandteile nur gegeben werden, wenn diese zu einer Verlängerung meiner Lebenszeit führen könnte.
- dass Blut oder Blutbestandteile nur zur Behandlung quälender Umstände gegeben werden.
- dass die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen unterlassen wird.

4. Organspende

- Die Entnahme meiner Organe nach meinem Tod lehne ich ab.
- Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt und stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Sofern ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod für eine Organspende in Betracht komme, dafür allerdings ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden müssten, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe,

- gehen meine Erklärungen zur Organspende vor.
- gehen meine Erklärungen in dieser Patientenverfügung vor.

5. Ort des Sterbens

Ich will – soweit möglich –

- in einem Krankenhaus sterben.
- in einem Hospiz sterben.
- in meiner vertrauten Umgebung zu Hause sterben.

6. Sterbebeistand

Ich will – soweit möglich – Beistand durch

- eine/n Vertreter/in folgender Kirche
- eine/n Vertreter/in folgender Weltanschauungsgemeinschaft
- eine/n Vertreter/in eines Hospizes.
- folgende Person/en

7. Durchsetzung dieser Patientenverfügung

Mein/e Vertreter/in soll/en dafür Sorge tragen, dass mein in dieser Patientenverfügung niedergelegte Wille durchgesetzt wird.

Sollten die mich behandelnden Ärzte und/oder die weiteren, mich behandelnden Personen meinen in dieser Patientenverfügung niedergelegten Willen nicht respektieren, sollen die betreffenden Ärzte und/oder Personen von meiner weiteren Behandlung ausgeschlossen und durch Ärzte und/oder Personen ersetzt werden, die die weitere Behandlung meiner Person meinem Willen entsprechend durchführen.

Situationen, die von den in dieser Patientenverfügung geregelten Situationen nicht erfasst sind, sollen möglichst im Einvernehmen, aber unter Beachtung der in dieser Patientenverfügung niedergelegten Wünsche, Werte und Hoffnungen, geregelt werden. Kann kein Einvernehmen hergestellt werden, soll die Meinung

- meiner/s Bevollmächtigten
- meines/r Betreuers/in
- meines/r behandelnden Arztes/Ärztin
- folgender Person

den Ausschlag geben.

Solange ich diese Patientenverfügung nicht widerrufen habe, soll nicht von den in dieser Patientenverfügung niedergelegten Willensentscheidungen abgewichen werden. Nur, wenn die

- mein/e Bevollmächtigte/r
- mein/e Betreuer/in
- mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin
- folgende Person

aufgrund von Gesten, Blicken oder anderen Willensäußerungen zu der Auffassung kommen sollten, dass ich eine von den in dieser Patientenverfügung niedergelegten Grundsätzen abweichende Behandlung wünsche, soll unter Beachtung der in dieser Patientenverfügung niedergelegten Wünsche, Werte und Hoffnungen Einvernehmen darüber hergestellt werden, von welcher der in dieser Patientenverfügung niedergelegten Entscheidungen konkret abgewichen werden soll. Kann kein Einvernehmen hergestellt werden, soll die Meinung

- meiner/s Bevollmächtigten
- meines/r Betreuers/in

- meines/r behandelnden Arztes/Ärztin
- folgender Person
den Ausschlag geben.

8. Ergänzende Hinweise

- Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt. Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit folgender von mir bevollmächtigten Person besprochen:

.....
(Vorname, Name, Geburtsdatum und -ort, wohnhaft in [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer], Telefon, Telefax, E-Mail-Adresse)

- Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Betreuungsverfügung erstellt. Den Inhalt dieser Patientenverfügung habe ich mit folgender von mir als Betreuer/in gewünschten Person besprochen:

.....
(Vorname, Name, Geburtsdatum und -ort, wohnhaft in [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer], Telefon, Telefax, E-Mail-Adresse)

- Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung einen Notfallbogen ausgefüllt, den auch mein/e Hausarzt/Hausärztin bestätigt hat. Hierbei handelt es sich um:

.....
(Vorname, Name, Geburtsdatum und -ort, wohnhaft in [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer], Telefon, Telefax, E-Mail-Adresse)

9. Geltungsdauer dieser Patientenverfügung

- Diese Patientenverfügung soll bis zu ihrem Widerruf durch mich gelten.
- Diese Patientenverfügung soll zeitlich befristet bis zum gelten.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner in dieser Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußerlichen Druck erstellt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Verfügenden)

Ärztlicher Vermerk

Ich,

.....
(Vorname, Name, Geburtsdatum und -ort, wohnhaft in [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer])

bin niedergelassener / angestellter Arzt / Facharzt für Ich habe den/die Verfügende/n, der mein/e Patient/in ist, über die medizinischen Einzelheiten dieser Patientenverfügung und die Folgen der von ihm/ihr getroffenen Anordnungen intensiv belehrt und aufgeklärt. Ich bin

der Auffassung, dass er/sie seinen/ihren Willen frei bilden und die Folgen seiner/ihrer vorstehenden Anordnungen einschätzen kann. Er/sie leidet nach meiner Auffassung nicht an einem dauerhaften Zustand oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit, der die freie Willensbildung ausschließt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Arztes/Ärztin)

Zeugenvermerk

Ich,

.....
(Vorname, Name, Geburtsdatum und -ort, wohnhaft in [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer])

war anwesend, als die vorstehende Verfügung errichtet und eigenhändig vom/von der Verfügenden unterzeichnet wurde. Nach meiner Auffassung entspricht sie dem freien Willen des/r Verfügenden, den er/sie klar und eindeutig geäußert hat.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Zeugen/in)

Wiederholungsvermerk

Seit Errichtung der vorstehenden Patientenverfügung ist einige Zeit vergangen. Ich habe mich nochmals ausführlich mit meinen darin niedergelegten Anordnungen befasst. Nach reiflicher Überlegung bin ich zu dem Schluss gekommen, dass diese Anordnungen nach wie vor gelten sollen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Verfügenden)